Cuidar, Controlar, Curar

ensaios históricos sobre saúde e
doença na América Latina e Caribe

Cuidar, controlar, curar

ensaios históricos sobre saúde e doença na América Latina e Caribe

Gilberto Hochman e Diego Armus
Organizadores

1ª reimpressão

Coleção História e Saúde

ISBN: 85-7541-037-7

1ª edição: 2004
1ª reimpressão: 2012

Capa e projeto gráfico
Angélica Mello, Daniel Pose e Guilherme Ashton

Foto da capa
Parto Natural na Cama, *escultura em barro de Adalton Fernandes Lopes (Niterói). Fotografia de Aníbal Sciarretta. Acervo da Casa do Pontal, Rio de Janeiro.*

Editoração eletrônica
Daniel Pose

Revisão e copidesque
Irene Ernest Dias

Revisão final
Ana Tereza de Andrade

Catalogação-na-fonte
Centro de Informação Científica e Tecnológica
Biblioteca Lincoln de Freitas Filho

H685c Hochman, Gilberto (org)
Cuidar, controlar, curar: ensaios históricos sobre saúde e doença na América Latina e Caribe./ organizado por Gilberto Hochman. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2004.
568p. (Coleção História e Saúde)

1.Saúde Pública-história 2.História da medicina. 3.Doença. 4.América Latina. I.Armus, Diego (org.)

CDD - 20. ed. – 362.1098

2012
EDITORA FIOCRUZ
Av. Brasil, 4036 – Térreo, s. 112, Manguinhos
21041-361 – Rio de Janeiro – RJ
Tel.: (21) 3882-9007 | Telefax: (21) 3882-9006
e-mail: editora@fiocruz.br
www.fiocruz.br/editora

Autores

Ana Maria Carrillo, Professora da Universidade Nacional Autônoma do México na Cidade do México, D.F.

Ann Zulawski, Professora do Smith College em Northampton, Massachusetts, EUA.

Beatriz Weber, Professora da Universidade Federal de Santa Maria, Rio Grande do Sul.

Benigno Trigo, Professor da Universidade Estadual de Nova Iorque em Stony Brook, EUA.

Carlos Ernesto Noguera, Professor da Universidade Pedagógica Nacional, Bogotá, Colômbia.

Diego Armus, Professor do Swarthmore College em Swarthmore, Pennsylvania, EUA. (Organizador)

Gilberto Hochman, Pesquisador da Casa de Oswaldo Cruz/Fiocruz. (Organizador)

Jaime L. Benchimol, Pesquisador da Casa de Oswaldo Cruz/Fiocruz.

Luiz Antonio Castro-Santos, Professor do Instituto de Medicina Social da Universidade do Estado do Rio de Janeiro.

Marcos Cueto, Professor da Universidade Peruana Cayetano Heredia em Lima, Peru.

Nancy Leys Stepan, Professora da Universidade de Columbia em Nova Iorque, EUA.

Nísia Trindade Lima, Pesquisadora da Casa de Oswaldo Cruz/Fiocruz.

Paul Farmer, Professor da Universidade de Harvard em Cambridge, EUA.

Sérgio Carrara, Professor do Instituto de Medicina Social da Universidade do Estado do Rio de Janeiro.

Steven Palmer, Professor da Universidade de Windsor, Canadá.

Sumário

Apresentação

Este livro é dedicado inteiramente à história da saúde, da medicina e das doenças na América Latina e no Caribe e resulta de um empreendimento que se iniciou com uma conversa dos dois organizadores no Rio de Janeiro no final do ano de 2000. A idéia inicial que perseguimos ao longo de três anos foi oferecer ao leitor brasileiro um livro inédito que reunisse trabalhos e autores que o instigassem a refletir sobre as relações entre saúde, doença e sociedade na América Latina em perspectiva histórica, espelhando o estado da arte desse campo emergente e constituindo uma referência, e mesmo um livro-texto, para profissionais, professores e estudantes das áreas de história, saúde coletiva, medicina, ciências sociais e humanidades em geral. Desde o início, a Editora Fiocruz acolheu nossa proposta e forneceu suporte a um empreendimento acadêmico e editorial que se sabia complexo e trabalhoso.

Por meio de inúmeras trocas de correios eletrônicos e algumas reuniões durante seminários internacionais, selecionamos textos já publicados, e mesmo consagrados, no Brasil e no exterior; para alguns autores, solicitamos atualizações e adaptações; para outros, encomendamos trabalhos originais. A nossa escolha recaiu em seis trabalhos sobre o Brasil e mais oito experiências nacionais que enfocam o período que vai do final do século XIX às últimas décadas do século XX. Reunimos autores de diferentes inscrições disciplinares e pertencentes a diversas instituições acadêmicas da América Latina e da América do Norte. Ainda que seja desnecessário esclarecer que toda seleção é incompleta, acreditamos que esta representa bastante fielmente as direções e possibilidades que está tomando o campo de estudos da saúde e da doença na América Latina e no Caribe em pers-

pectiva histórica. A nossa iniciativa contou com a adesão dos autores que intermediaram a liberação dos direitos dos artigos publicados, acataram nossas sugestões de revisão e adaptação de seus trabalhos e responderam prontamente às dúvidas do tradutor e das revisões técnica e editorial. A todos, os nossos agradecimentos.

Grande parte dos trabalhos foi originalmente escrita e/ou publicada em inglês e espanhol. Para a competente tradução de Paulo Garchet e para a revisão técnica que foi realizada com a assistência de Marcela Pronko, consultamos muitas vezes Marcos Chor Maio, Maurício Tenorio e Simone Petraglia Kropf, a quem agradecemos. Muito especialmente, ao querido amigo Paulo Garchet, que nos deixou antes de ver esse trabalho concluído.

A Casa de Oswaldo Cruz/Fundação Oswaldo Cruz nos deu suporte material e logístico que envolveu a administração de recursos, a seleção, referenciamento e tratamento de parte das imagens que acompanham livro, revisão técnica e de conteúdo das traduções do espanhol e do inglês e pesquisa de referências bibliográficas, onomásticas e cronológicas. Em especial, agradecemos a Maria Teresa V. Bandeira de Mello, Roberto Jesus Oscar e Vinícius Pequeno, da equipe do Setor Iconográfico do Departamento de Arquivo e Documentação, e a Verônica Velloso e Maria Rachel Fróes da Fonseca, do Projeto Dicionário Histórico-Biográfico das Ciências da Saúde no Brasil. Esse livro foi em parte possível graças também ao apoio do Programa de Cultura e Humanidades da Fundação Rockefeller, em particular Lynn Swaja e Scott MacDougall, o que nos permitiu arcar com a tradução de alguns trabalhos. Ambas as instituições têm mostrado persistentemente seu interesse em promover o diálogo entre ciências biomédicas, ciências sociais e humanidades e a ambas vão os nossos maiores agradecimentos.

Por último, gostaríamos de destacar que esse projeto editorial que envolveu intensamente tantas pessoas e instituições resultou não apenas em livro, mas ajudou a ampliar a rede de pesquisadores interessados no tema, estreitou relações institucionais e profissionais, produziu novos projetos e iniciativas e, o que é melhor, bons amigos.

Os organizadores

Cuidar, controlar, curar em perspectiva histórica: uma introdução

Gilberto Hochman e Diego Armus

Cuidar, controlar, curar reúne ensaios históricos que se propõem a dar conta das complexas vicissitudes que, no mundo moderno e periférico da América Latina e do Caribe, têm determinado os processos saúde-doença e os de medicalização, suas especificidades e contradições e também suas limitações.

Desde a década de 1980, historiadores, demógrafos, sociólogos, antropólogos, cientistas políticos e críticos culturais têm interpelado esse processo a partir de múltiplas filiações intelectuais, buscando na doença e na saúde um modo de organizar aspectos relevantes da experiência histórica dos países de nosso continente. O conjunto de trabalhos selecionados reflete o estado da arte da história e da historiografia da saúde e da doença que versa sobre o período moderno de nossa região. Análises que, entre outras, têm permitido descortinar especificidades locais, refletir sobre aspectos comuns, argüir o modo de inserção de cada país nos contextos científicos e médico-sanitários regionais e internacionais, além de indagar sobre o lugar da saúde, da medicina e da enfermidade em nossas sociedades e na construção de identidades nacionais, étnicas, raciais, geracionais e de gênero. Essas interrogações vêm produzindo reavaliações tanto dessa história como dos conteúdos da modernidade latino-americana e caribenha, do significado de seu caráter periférico e da própria idéia de periferia. Como parte dos resultados desse esforço coletivo, multidisciplinar e 'multicêntrico', o livro que organizamos se propõe, de maneira particular, a oferecer ao leitor brasileiro uma seleção dessa renovação e de suas tendências.[1]

Esse dinâmico processo de renovação historiográfica não tem sido o mesmo em todas as partes da região. No Brasil, sem dúvida, esse campo de análise histórica está em franco processo de consolidação, capaz de ofere-

cer não apenas periódicos científicos especializados, mas também mestrados e doutorados nesse campo específico, assim como se faz presente nas linhas de pesquisa, nos periódicos e nos programas de pós-graduação das áreas de história, ciências sociais e saúde coletiva. Na América Hispânica, o quadro também é de crescimento, ainda que mais lento, e a comunidade de latino-americanistas voltada para o tema nos Estados Unidos e na Europa vem adensando-se.

Em qualquer dos países, novos grupos de trabalho, investigações individuais, encontros científicos e uma crescente e instigante produção acadêmica e editorial indicam que os estudos históricos sobre a saúde e a doença estão se afirmando como um campo com identidade própria e definida. Esse processo é um dos responsáveis pela introdução do tema da enfermidade, até recentemente ausente, na agenda da história social e cultural latino-americana. E, no campo da história da medicina, ele tem questionado a história tradicional da medicina – grandes médicos, grandes idéias e grandes descobertas – e a compreensão de que a história das enfermidades e da biomedicina na América Latina e Caribe seja exclusivamente a da doença e da medicina tropical, passando a enfocar também os agravos, as doenças e os problemas médico-sanitários associados aos processos de urbanização, industrialização e modernização.

O conjunto dessa produção histórica renovada que se debruça sobre os temas da saúde e da doença, e da qual participam latino-americanos e latino-americanistas, pode ser apresentada como uma espécie de mosaico de enfoques, estilos, objetos e narrativas. Esse mosaico composto de elementos tão diversos está unificado por múltiplas suspeitas e inúmeras desconfianças: das fronteiras rígidas entre a história e outras disciplinas das ciências humanas; dos determinismos biológicos e de quaisquer outros determinismos; da assunção *a priori* dos benefícios ou malefícios das ações dos médicos e da própria medicina; dos modelos teóricos e conceituais que interpretam eventos e processos antes de qualquer pesquisa histórica; da utilização pouco reflexiva das fontes e dos documentos; da transformação dos enunciados de intenções dos atores em suas ações e realizações; das generalizações continentais de experiências locais; da ausência de mediações concretas entre micro e macroprocessos sociais, da reificação de conceitos, das reconstruções históricas política e ideologicamente interessadas, dos argumentos teleológicos, das interpretações conspiratórias ou triunfantes da ciência e da medicina, de uma visão homogênea das

modernidades latino-americanas e da assunção do caráter excepcional dessa história da saúde e da doença na América Latina ou, ao contrário, de sua diluição em uma história do mundo periférico, ou mesmo de sua subordinação à história dos centros hegemônicos.

De modo similar ao que vem ocorrendo em outras latitudes, essa historiografia pode ser organizada em três estilos narrativos que de algum modo buscam romper com a tradicional história da medicina.[2] Em primeiro lugar, uma história biomédica que se propõe a compreender as tensões entre a história natural da doença e algumas dimensões de seu impacto social e as relações entre natureza e sociedade; que busca contextualizar o saber médico e que explora as transformações, desafios, ambigüidades, irregularidades e fracassos que marcam a produção do conhecimento científico, especificamente o conhecimento biomédico; que também analisa as redes individuais e institucionais, os intercâmbios internacionais, as comunidades científicas, a construção do lugar dos cientistas, médicos e da medicina nas sociedades modernas e as possibilidades de se fazer ciência distante dos centros mais dinâmicos.

A produção latino-americana tem enfatizado as histórias das instituições, sociedades, congressos e associações científicas.[3] Parte dessa produção é, muitas vezes, portadora da tensão de analisar tanto a dinâmica da produção científica sobre os trópicos e suas doenças quanto a produção científica na periferia. É recorrente em sua agenda a discussão, por vezes com um viés nacionalista e afirmativo, investigações sobre as condições, possibilidades e caminhos de uma ciência nacional, suas relações externas e seu reconhecimento internacional.

Esse estilo dialoga fortemente com a agenda geral da história das ciências, em especial nas linhagens inauguradas por Robert K. Merton (1970) e Thomas Kuhn (1975) e, recentemente, com os chamados Estudos Sociais da Ciência, que no Brasil têm tido forte influência sobre essa produção com a publicação em português dos trabalhos de Bruno Latour (2000) e a redescoberta de Ludwik Fleck (1986), Também enfoca atores, agendas e problemas esquecidos, desqualificados e derrotados, que ficaram à margem da tradicional história da medicina. Portanto é uma história que alarga o entendimento do que vem a ser ciência e medicina e desafia uma história tradicional enaltecedora, e generalizante, de grandes biografias e das permanentes e inevitáveis vitórias da medicina e da razão sobre a doença e sobre o obscurantismo.

Um segundo estilo diz respeito a uma história da saúde pública que focaliza o poder, o Estado, as políticas, as instituições e os profissionais de saúde, o impacto das intervenções sanitárias nas tendências das taxas de morbidade e mortalidade e as respostas públicas e sociais à chamada transição epidemiológica. Está particularmente atenta às relações entre instituições de saúde e estruturas econômicas, sociais e políticas. Por vezes, quando associada ao campo profissional da saúde pública, essa história se compreende – e é apropriada – como útil, normativa e instrumental. Nessa chave, esse estilo historiográfico busca no passado indicações gerais, não específicas, que possam corrigir e otimizar as intervenções contemporâneas da medicina em assuntos de saúde coletiva. Essa apropriação instrumental deriva de uma narrativa histórica que concede protagonismo e centralidade aos médicos e aos sanitaristas, percebidos como atores inerentemente progressistas. Ela compromete a medicina social, já em suas origens, com a melhoria, e mesmo a transformação, das condições de saúde e de vida dos pobres, em uma clara influência de uma compreensão do caráter reformista da idéia de medicina social em sua gênese histórica consagrada, entre outros, por George Rosen (1980).

Também nesse estilo narrativo é forte a perspectiva estruturalista, com ou sem viés marxista, na qual a história da saúde é compreendida como parte da dinâmica do capitalismo em nossa região, caracterizado como dependente e subdesenvolvido, e também explicada tanto pelos interesses imperiais como pelos interesses das elites nacionais subordinadas, *vis-à-vis* os interesses mais amplos dos pobres, dos excluídos e das classes subalternas. Nesse caso, saúde e a doença seriam epifenômenos das relações de produção e o binômio acumulação-reprodução é incriminado pelas péssimas condições de vida da população e pelo precário estado sanitário dos países da região.

A análise dos impactos dos processos de industrialização e urbanização em condições periféricas faz parte da agenda desse recorte historiográfico. Não obstante, para um conjunto de seus praticantes, os estudos das respostas locais e nacionais aos problemas de saúde, a montagem e modernização de infra-estruturas sanitárias e a redução da mortalidade indicariam avanços em saúde pública em nível nacional ou local em alguns casos, apesar da condição subordinada e periférica da América Latina e do Caribe. Em cotrtrapartida, um segmento da diversa literatura que configura esse estilo tem indicado ausências, obstáculos e impossibilidades nas respostas da medicina pública aos problemas sanitários.

Seja qual for a sua filiação intelectual mais específica, esse estilo tem estado vinculado a um ânimo reformista e democratizante. A presença de parte dessas perspectivas históricas no campo da saúde pública e da medicina social é, em especial no Brasil, derivada da forte influência dos trabalhos de George Rosen (1980; 1994), de Juan César Garcia (Nunes, 1989), e de várias análises econômicas da saúde de orientação marxista ou neomarxista. Também nos anos 80, parte dessas interpretações sobre o papel dos médicos e da medicina estatal foi influenciada pela ampla circulação dos trabalhos de Antônio Gramsci, em particular sobre os intelectuais, cultura, poder e hegemonia. Mais recentemente, o corporativismo de Estado como mecanismo de intermediação e organização de interesses em algumas experiências latino-americanas tem sido explorado por vários analistas como importante elemento elucidativo da dinâmica das políticas públicas de saúde e assistência.

Por último, e certamente mais recente, há uma história sociocultural da doença que discute a medicina como um terreno incerto no qual a dimensão biomédica está penetrada tanto pela subjetividade humana como pelos fatos objetivos. Com forte influência da antropologia e dos estudos culturais, investiga os processos de profissionalização e burocratização, as relações entre medicina, conhecimento e poder, as dimensões culturais e sociais da doença em sentido amplo, suas representações e metáforas sociais, as condições de vida e seus efeitos na morbidade e mortalidade, as resposta estatais e sociais às epidemias, o higienismo como ciência e a higiene como cultura, práticas e praticantes de curas e 'outras medicinas', as instituições e os instrumentos de controle social, as influências externas e os intercâmbios internacionais no desenvolvimento médico-sanitário nacional e local, as políticas de saúde, ideologias e os processos mais amplos de construção dos Estados nacionais. É esse estilo que tem sido freqüentado pela produção universitária em história social e história cultural que toma a saúde e a doença como objetos de pesquisa e reflexão.

Nas análises das dimensões socioculturais da enfermidade, tem ocupado lugar de destaque a produção crítica sobre os discursos médicos e sobre os usos metafóricos da doença para analisar dimensões não-biomédicas. Nessa chave analítica, a medicina é compreendida como um arsenal de recursos normalizadores constitutivos da modernidade e os seus discursos seriam esforços de racionalização que, tendo desenvolvido conhecimentos e linguagens disciplinares particulares, estariam destinados a controlar os indivíduos e seus corpos. Na América Latina, essas análises

estiveram, e ainda estão, muito associadas ao marco interpretativo de Michel Foucault, principalmente no que diz respeito à medicalização da sociedade com ênfase na história da loucura, da psiquiatria, seus saberes, práticas e instituições.[4] No Brasil, onde os trabalhos de Foucault foram rapidamente traduzidos para o português e obtiveram larga audiência (por exemplo, Foucault, 1977; 1978; 1979), essa história foi produzida à luz dos movimentos políticos e sociais que, desde os anos 70, lutam pela reforma psiquiátrica, pelo fim dos manicômios e pelos direitos dos doentes. Essa história também instrumentou uma crítica contemporânea à medicina alopática hegemônica e o movimento de revalorização da homeopatia e de práticas alternativas de cura como objeto de pesquisa e como serviços complementares nos sistemas assistenciais. Essa leitura acabou, muitas vezes, atribuindo um sinal intrinsecamente negativo, ou no mínimo desconfiado, ao papel dos médicos, da medicina e de suas instituições, diametralmente oposta à influência de Rosen citada anteriormente.[5]

O argumento foucaultiano no campo das análises históricas sobre medicina, doença e saúde tem sido alvo de severas críticas no Brasil e na América Latina, em especial sua estrutura teleológica, sua pouca densidade no uso das fontes e na pesquisa histórica, a reificação de conceitos e mesmo seu maniqueísmo analítico (Carvalho e Lima, 1992; Edler, 1998; Campos, 2000). Uma perspectiva pós-focaultiana, tanto no Brasil como na América Latina, tem buscado incorporar essas críticas e renovar seu rendimento analítico no campo da história dos saberes 'psi', nas análises sobre as relações entre medicina e poder, nas abordagens antropológicas e dos estudos culturais sobre corpo, sexualidade, reprodução, doença e adoecimento, com impactos relevantes na própria história social e cultural como campo de conhecimento.

Os artigos selecionados para compor esta antologia pretendem dar conta dessa diversidade de estilos, metodologias e objetos de trabalho, e das possíveis interseções entre eles. Reunimos temas, lugares e contextos tão diversos e tão contemporâneos como a organização da medicina e a profissionalização dos médicos na competição com as demais profissões sanitárias (Ana Maria Carrillo, sobre o México); a dinâmica da produção de conhecimento biomédico moderno e sua institucionalização (Jaime Benchimol, sobre o Brasil), a luta contra o consumo de bebidas alcoólicas populares como modernização e higienização da sociedade (Carlos Noguera, sobre a Colômbia); a construção de uma doença endêmica como estratégia

de intelectuais e de literatos por poder, autoridade e capacidade de negociação com forças externas de ocupação (Benigno Trigo, sobre Porto Rico); o universo das variadas práticas de cura e as vicissitudes de sua convivência com a medicina diplomada (Beatriz Weber, sobre o Sul do Brasil); os encontros entre os programas de saúde rural da Fundação Rockefeller e a políticas nacionais de saúde e educação (Steven Palmer, sobre a Costa Rica e a América Central); a articulação entre saúde, construção do Estado e as ideologias nacionalistas (Luiz A. de Castro-Santos, sobre o Brasil); as possibilidades do envolvimento de comunidades e conhecimentos indígenas em campanhas sanitárias (Marcos Cueto, sobre o Peru); a ciência e os programas de aprimoramento racial em sociedades compostas por populações ditas mestiças (Nancy Stepan, sobre o Brasil); o protagonismo dos enfermos nas demandas e negociações em torno da assistência, das práticas médicas e das ofertas de cura (Diego Armus, sobre a Argentina); a reelaboração das relações entre doença, sexualidade e raça como estratégias de construção de identidade dos intelectuais e da nação (Sérgio Carrara, sobre o Brasil); as instituições e práticas psiquiátricas como espelhos dos problemas sociais e políticos de uma sociedade (Ann Zulawski, sobre a Bolívia); o impacto dos escritos e relatórios médico-higienistas na gênese da agenda das ciências sociais institucionalizadas (Nísia Trindade Lima e Gilberto Hochman, sobre o Brasil), e as transformações nas percepções e representações sociais sobre a doença em meio à evolução de uma epidemia (Paul Farmer, sobre o Haiti). Experiências e contextos tão distantes e diversos e ao mesmo tempo tão próximos e similares.

Apesar de suas diferentes ênfases, objetos e estilos narrativos, todos os ensaios, individualmente e no seu conjunto, partem de três entendimentos fundamentais que se entrecruzam: que a saúde e a enfermidade são algo mais que fenômenos biológicos, de que em torno dos cuidados, dos mecanismos de controle e das curas estão dimensões relevantes da história da saúde e da doença na América Latina e no Caribe; que o processo saúde-doença diz respeito não apenas à salubridade ou insalubridade de nossos países, mas é revelador, constituinte e formador de aspectos cruciais da modernidade e da história social, política, intelectual e cultural latino-americana.

Em primeiro lugar, partem da convicção de que saúde e doença não são apenas ausência ou presença de patógenos, e que a doença existe a partir de uma espécie de negociação e acordo entre múltiplos atores, o que

resulta em sua nomeação como entidade patológica específica, passível de ser reconhecida e diagnosticada, e este evento biossocial – sua nomeação – é motivador de ações de saúde pública ou privada específicas com profundas conseqüências na vida social. É um processo coletivo de atribuição de sentido, em que sempre há claras interseções entre os estilos apresentados e cognitivo-social, a um evento biológico.[6] Diferentes espaços geográficos, períodos históricos, grupos sociais e indivíduos produzem seus próprios meios de definir a etiologia, a transmissão, a terapêutica, e os sentidos de uma doença. Assim, também é um processo político, social e culturalmente contingente a transformação de uma doença ou evento biológico em um problema de saúde pública.

Essas definições – marcadas por tensões, disputas e conflitos – refletem não apenas as mudanças no conhecimento e na tecnologia médica, mas também influências mais amplas tais como crenças religiosas, divisões de gênero, nacionalidade, etnicidade, estrutura de classes, sistemas políticos e responsabilidades estatais. Portanto, para os autores que integram este livro, a doença não pode ser analisada fora de uma moldura social que ao mesmo tempo a circunscreve e também é por ela estruturada.[7] Porém, também concordam que não é tarefa simples, nem do ponto de vista conceitual, nem de sua aplicação empírica, a associação entre fatores socioculturais e os conteúdos do conhecimento acerca dos processos biológicos que caracterizam as doenças.

Quanto às dimensões do cuidar, controlar, curar, elas não devem ser entendidas como compostas unicamente de relações unidirecionais, imutáveis e verticais de poder estabelecidas como sucessivos pares de subordinações hierárquicas tais como, por exemplo, médicos/doentes, médicos/enfermeiras, enfermeiras/parteiras, enfermeiras/doentes, centro/periferia, nacional/local, urbano/rural, elites políticas/intelectuais, intelectuais/população, brancos/mestiços, mestiços/negros etc. Desse modo, múltiplas vozes, instituições e interesses aparecem e se entrecruzam nas experiências históricas aqui narradas e analisadas, traçando percursos variados com resultados diversos: médicos, sociólogos, anêmicos, feiticeiros, literatos, higienistas, tuberculosos, bacteriologistas, asilos, educadores, soropositivos, hospitais, políticos, operários, periódicos, curadores, juízes, serviços sanitários, alcoólicos, insanos, faculdades, caçadores de micróbios, organizações filantrópicas, militares, grupos indígenas, artistas, opilados, parteiras, empresários, camponeses, jornalistas, laboratórios,

enfermeiras e antropólogos. Se a medicalização de nossas sociedades implicou relações intrinsecamente hierárquicas e disciplinadoras, e com subordinações múltiplas, a produção de conhecimento, as estratégias de controle, os atos de cuidar e as práticas de cura portam também dissonâncias, insubordinações, contestações, negociações, consensos, diluições, ambigüidades, recriações e positividades. Assim, a assunção da assimetria de poder nas relações historicamente instituídas nessas dimensões é o ponto de partida das análises, não sua conclusão.

Em seu conjunto, os ensaios deste livro descortinam um leque polifônico no qual as interações entre indivíduos, grupos, instituições e governos sobre os sentidos da saúde, da doença e dos ciclos de vida questionam fronteiras, adquirem múltiplas direções e podem ter resultados distintos, não-antecipados, divergentes, mutáveis e culturalmente contingentes a depender de cada contexto histórico e nacional específico.

Por último, a doença e a saúde como objetos nessas dimensões são também recursos analíticos para se abordar de dilemas e questões cruciais da história e das sociedades latino-americanas e caribenhas: o papel do Estado na produção do bem-estar da população, as possibilidades e os modos de inserção da América Latina no mundo moderno e civilizado, as relações com os demais latino-americanos e com os americanos do norte, os padrões de políticas públicas em diferentes ordenamentos constitucionais e políticos, a constituição de movimentos e ideologias nacionalistas, os processos de construção de autoridade pública, de centralização, burocratização e profissionalização, os possíveis arranjos institucionais das ciências, os impactos do autoritarismo e as possibilidades de uma ordem democrática, o papel dos intelectuais e do pensamento científico e a dinâmica das relações raciais. Em especial, a questão que perpassa todas as narrativas do livro, como os desafios do controle, da incorporação e da integração de vastos contingentes populacionais, de imigrantes e de grupos sociais e étnicos. De modo mais direto, o desafio da construção de uma identidade nacional em relação a múltiplos recortes identificadores em meio a sociedades em geral caracterizadas pela desigualdade, pobreza e miscigenação e com marcas históricas de colonialismo, violência e escravidão.

A natureza tropical com suas facetas infernais e paradisíacas, a urbe moderna e suas mazelas e esperanças, a doença e suas marcas, o corpo doente e seus fluidos, a morte e os mortos, as crises epidêmicas, as endemias onipresentes e as promessas e possibilidades de sanidade e salubridade

desafiaram historicamente de modo radical intelectuais, elites dirigentes, médicos e cientistas a refletir sobre esses problemas e sobre como cuidar, controlar e curar esses 'estranhos': combinações múltiplas entre doentes, pobres, indígenas, imigrantes, negros, camponeses, pardos e mulheres. O empreendimento de definir, organizar e integrar hierarquicamente os 'outros' por meio da secularização, medicalização e metaforização, quase sempre em uma moldura racialista, é parte central dos esforços de construção de identidades nacionais, o 'nós', e da identidade dos próprios intelectuais e do seu lugar no mundo periférico. Todos os ensaios desta coletânea se articulam na análise desses esforços de imaginação social e de interpretação de nossas sociedades e, ao mesmo tempo, são componentes ativos do processo de construção simbólica e material da nação na América Latina e no Caribe.

Sem exaurir todas as possibilidades de cada um dos ensaios, concluiremos apresentando-os na seqüência em que aparecem no livro e à luz das questões dessa introdução. O trabalho de Ana Maria Carrillo sobre a história da profissão médica e das demais profissões em saúde no México do período da independência ao início do século passado é um exemplo de análise dos processos de institucionalização e profissionalização da medicina em contextos nacionais específicos marcados por reformas e modernização. A centralidade do papel do Estado nas lutas dos médicos pelo monopólio e pelo controle profissional de seus pares e pela subordinação ou mesmo exclusão de outras profissões e práticas e a diversidade social, política e étnica da sociedade mexicana são alguns dos elementos que, segundo a autora, elucidam as relações estabelecidas no México moderno entre a corporação médica e as suas organizações, a população, outros profissionais da saúde, os serviços sanitários, as faculdades de medicina e a autoridade pública.

Dialogando com interpretações sobre a institucionalização da ciência no Brasil, Jaime L. Benchimol nos apresenta as controvérsias em torno da etiologia e da transmissão da febre amarela e a legitimação das teorias pasteurianas no Brasil do final do século XIX a partir da compreensão da construção do conhecimento científico e de sua institucionalização como um complexo processo social de negociação, referido a uma dinâmica mais ampla que conecta cientistas à sociedade em que vivem. E indica que, nas primeiras duas décadas do século XX, em especial com o advento do Instituto de Manguinhos, esse processo de institucionalização é consagrado e

marcado por uma dupla legitimidade: aprofundamento da sua articulação com os problemas sanitários nacionais ao mesmo tempo em que se confinam suas práticas e controvérsias ao mundo institucional e exclusivo da ciência.

O artigo de Carlos Ernesto Noguera analisa a longa e bem-sucedida campanha dos médicos colombianos, entre o final do século XIX e meados do século XX, contra o consumo de uma bebida alcoólica ancestral das populações indígenas, a *chicha*. Esse consumo, entendido como enfermidade social por médicos e governantes, foi um dos principais alvos dos esforços de educação higiênica da população, reforma política, social e moral e de modernização da Colômbia. A transformação dessa bebida em alvo principal da luta antialcoólica, e a proposição de sua substituição pela cerveja como bebida higiênica e moderna revela como o corpo médico construiu seletivamente o alcoolismo como doença associada à pobreza, à falta de higiene, ao atraso e à violência e, assim, às populações camponesas e indígenas.

Os dilemas dos intelectuais são tratados por Benigno Trigo a partir da análise da construção da anemia como doença endêmica e como o problema nacional de Porto Rico das últimas décadas do século XIX. Em uma sociedade 'miscigenada', ocupada e administrada por estrangeiros, os intelectuais *criollos* buscaram constituir sua identidade rechaçando explicações fatalistas da metrópole, incorporando os avanços da ciência, reconfigurando crenças populares e negociando autonomia e poder com as autoridades coloniais a partir de uma diferenciação entre eles e outros segmentos da população porto-riquenha, os 'negros'. Essa operação de reelaboração da imagem da nação em crise foi tentada pelo deslocamento, pela via da medicina moderna, das demandas por cuidados, assistência e cura para o corpo anêmico da camponesa 'branca', deixando a vigilância e a repressão para o corpo 'negro' e vadio.

Beatriz Teixeira Weber aborda as práticas de cura no Rio Grande do Sul, dialogando com concepções que afirmam que nossas sociedades estariam completamente medicalizadas no início do século passado. A autora revela uma convivência longa e dinâmica de diversas práticas de cura com a medicina diplomada e suas instituições entre o final do século XIX e as primeiras décadas do século XX. Um complexo universo de concepções de saúde e doença e de práticas percorre a narrativa na qual aparecem religiosos, herbaristas, benzedeiras, parteiras, espíritas, místicos e curandeiros

e também os esforços dos médicos, da imprensa e das instituições públicas em desqualificar, combater e controlar esses praticantes. Esse convívio fornece indícios da compreensão da população sobre os processos de saúde e de doença e de suas escolhas diante de múltiplas ofertas de assistência e cura.

Uma rediscussão das relações entre a filantropia norte-americana e a América Latina e Caribe, objeto de inúmeros trabalhos sobre a história da saúde na região, está no centro do capítulo de Steven Palmer. Ao abordar o encontro das campanhas de combate à ancilostomíase da Fundação Rockefeller com as políticas nacionais de educação e saúde da Costa Rica entre 1914 e 1921, o autor narra como indivíduos, grupos intelectuais e instituições costarriquenhas foram capazes de transformar os esforços da Fundação em um mecanismo de consolidação de um projeto de saúde pública já existente na Costa Rica. A precedência de políticas autóctones significou que setores-chave do governo e da sociedade estivessem mais conscientes do que os norte-americanos sobre o que a campanha contra a ancilostomíase poderia oferecer ao país, permitindo-lhes dela se apropriar e incorporá-la numa matriz institucional desenhada localmente.

Em seu ensaio, Luiz A. de Castro-Santos discute os impactos e os significados do movimento sanitarista e das reformas sanitárias no crescimento dos aparelhos de Estado, na sua interiorização e no surgimento de uma ideologia de construção nacional no Brasil da Primeira República. A discussão é construída pela comparação dos processos de reforma dos serviços sanitários em alguns estados brasileiros a partir de variáveis tais como o lugar da política de imigração de trabalhadores e de preservação e reprodução da mão-de-obra nas agendas das elites, a dinâmica político-partidária e a tradição médica e sanitária. A análise da combinação específica de fatores econômicos, políticos, ideológicos e científicos explica os ritmos, os tempos e os resultados de cada experiência estadual e apresenta um quadro interpretativo do sanitarismo brasileiro com mais nuances, variações e complexidades.

As condições e as possibilidades da integração da medicina ocidental com a cultura indígena em programas de saúde pública é o tema do trabalho de Marcos Cueto sobre o Peru. As ações do médico Manuel Núñez Butrón na década de 1930 na região de Puno são analisadas como uma possível e criativa articulação entre conhecimento médico moderno com a cultura e práticas indígenas, resultando no envolvimento comunitário e de povos indígenas em campanhas de educação, de combate ao tifo epidê-

mico e de vacinação antivariólica. Essa integração se fez por meio da formação de brigadas sanitárias compostas por membros das comunidades indígenas e a publicação de um jornal voltado para a educação higiênica, buscando-se valorizar a cultura dessas populações e elevar sua auto-estima ao mesmo tempo em que se introduziam novas práticas e conhecimentos sobre saúde e doença.

A análise de Nancy Stepan sobre a eugenia no Brasil do período 1920-1940 explora temas centrais da história da ciência tais como as relações entre centro e periferia na produção do conhecimento, entre ciência e ideologia e entre estas e as políticas públicas. Influenciada pelos movimentos eugênicos internacionais, a eugenia brasileira se reconfigurou à luz da realidade nacional. Em especial, como mostra a autora, diante do desafio intelectual e político de lidar com a questão da inferioridade racial em relação a uma população diagnosticada como miscigenada, atrasada, pobre e doente. De modo semelhante a outros países latino-americanos, o receituário duro de uma eugenia negativa e pessimista, de origem anglo-saxônica, foi suplantado no Brasil por uma visão mais positiva e otimista, em parte fundada em matizes do neolamarckismo, de aprimoramento racial e social a partir de políticas governamentais.

Em geral ausente em uma história da medicina e da doença mais atenta ao poder dos médicos, o ativismo dos enfermos e seu impacto público é o foco principal do trabalho de Diego Armus. Na Argentina, dos anos 1920 ao início da década de 1940, as reivindicações e protestos individuais e coletivos de pacientes em hospitais e sanatórios para tuberculosos e a luta dos doentes pela provisão pública de uma vacina contra a tuberculose – a vacina Pueyo – ganharam as páginas da imprensa. A narrativa do autor desvela o protagonismo dos que vivenciaram a experiência trágica da doença e desejavam acolhimento digno, o alívio e a cura em um contexto de variadas lutas ideológicas, políticas e profissionais e de ofertas terapêuticas das mais diversas origens diante das incertezas do conhecimento médico em relação à tuberculose.

As mudanças no período do entre-guerras nas concepções vigentes da extrema difusão de uma doença como a sífilis no Brasil e sobre o comportamento sexualmente excessivo do povo brasileiro é o tema do ensaio de Sérgio Carrara. Esse seria um processo pelo qual intelectuais emergentes buscaram construir uma identidade nova e valorizada para si e para o país, reposicionando-o no cenário internacional, e reorganizando teorias

científicas que, geradas nas metrópoles, estigmatizam o Brasil como atrasado e sua população como inferior. Para o autor, apesar das estratégias de inversão, reelaboração e deslocamento dos argumentos, foram mantidos os termos da inferioridade brasileira que continuou debatida a partir da raça e do sexo e sempre em comparação com os países civilizados.

Ann Zulawski examina questões importantes para a história da psiquiatria em contextos nacionais específicos a partir dos registros de um manicômio na Bolívia no período de 1935 a 1950 e dos escritos dos médicos que nele trabalharam. O Manicomio Pacheco é tomado como um microcosmo da sociedade boliviana a partir de perguntas tais como quem era considerado mentalmente doente e como era tratado; como políticas democráticas e populistas do período influenciaram as práticas psiquiátricas e qual o impacto que classe social, raça e gênero tiveram no diagnóstico e no tratamento dos internos e internas. A autora indica que as hierarquias sociais e de gênero existentes na sociedade se reproduziam na organização interna do manicômio e nas práticas dos psiquiatras ao mesmo tempo em que eram tencionadas por processos mais amplos de liberalização social e política que ocorriam na sociedade boliviana.

Nísia Trindade Lima e Gilberto Hochman discutem o diálogo, pouco conhecido, do pensamento médico-higienista com conhecidas interpretações sobre o Brasil e sobre os brasileiros, em particular com as matrizes dualistas que apontam não apenas para os contrastes do país, mas para suas lacunas e ausências. Os autores indicam o papel dos registros e textos médicos e do movimento político pelo saneamento do Brasil das três primeiras décadas do século XX, na reconstrução da identidade nacional a partir da identificação da doença como elemento distintivo da nação, enfatizando o personagem Jeca-Tatu como símbolo desse processo. Argumentam que essa influência pode ser percebida em textos fundamentais da chamada fase de institucionalização das ciências sociais, em especial os dedicados aos temas do trabalhador rural, do campesinato e das questões agrárias no Brasil a partir da década de 1950.

O papel da cultura na estruturação das narrativas e das representações de doenças é abordado por Paul Farmer em seu trabalho sobre as transformações nas concepções e representações sobre a Aids no Haiti rural, do momento em que a doença começava a se manifestar até ter se transformado em um dado da vida cotidiana. A partir de relatos de indivíduos com HIV/Aids, extraídos de entrevistas realizadas ao longo da década de 1980,

o autor discute como surgem as representações coletivas de uma doença verdadeiramente nova e as realidades que elas organizam e constituem, como essas novas representações se relacionam com as estruturas existentes e como se relacionam experiência individual com a enfermidade e o consenso cultural em torno dela. Religião, sociedade, medicina, regimes políticos e relações com os EUA se articularam na conformação da Aids como um modelo cultural no Haiti.

Enfim, os ensaios de *Cuidar, Controlar, Controlar* convidam o leitor a se embrenhar pela história e historiografia da América Latina e do Caribe a partir da compreensão de que saúde e doença não são apenas pontos de encontro entre sociedade, cultura, medicina e política, mas também ferramentas analíticas para se compreender a complexidade da experiência histórica.

Notas

1 Outros resultados recentes são Armus (2002 e 2003), os vários fascículos do períodico História, Ciências, Saúde-Manguinhos, em particular o suplemento de 2002 (vol.9) dedicado ao tema. Revistas como Asclépio e Dynamis também têm publicado artigos e fascículos dedicados aos temas história das ciências com ênfase na biomedicina e na saúde na América Latina. O livro organizado por Marcos Cueto (1996) é certamente uma referência.

2 Para uma detalhada discussão e extensa revisão bibliográfica desses estilos narrativos ver Armus (2003).

3 Para um balanço recente sobre a historiografia das instituições científicas no Brasil ver, por exemplo, Dantes (2001). Para a história das ciências na América Latina ver Figuerôa (2000)

4 Cabe citar o influente trabalho de Roberto Machado e colaboradores (1978) como paradigmático dessa utilização da obra de Michel Foucault no Brasil.

5 Essa interpretação das influências de Foucault e Rosen na historiografia da saúde é sugerida por Dorothy Porter (1994).

6 No início da década de 1990, Charles Rosenberg (1992) discutiu com notável perspicácia estas novidades.

7 A noção de moldura (frame) e a distinção analítica entre doença como moldura (disease as frame) e a construção da doença (framing disease) está em Rosenberg (1992).

Referências Bibliográficas

ARMUS, D. Cultura, historia y enfermedad. A modo de introducción, In: ARMUS, D. (Ed.) *Entre Médicos y Curandeiros. Cultura, historia y enfermedad em la América Latina moderna*, Buenos Aires: Grupo Editorial Norma, 2002, pp. 11-25.

ARMUS, D. Disease in Historiography of Modern Latin America, In: ARMUS, D. (Ed.) *Disease in the History of Modern Latin America: from malaria to AIDS*. Durham: Duke University Press, 2003, pp.1-24.

COELHO, E. C. *As Profissões Imperiais: medicina, engenharia e advocacia no Rio de Janeiro, 1822-1930*. Rio de Janeiro: Record, 1999.

CARVALHO, M. A. R. de & LIMA, N. T. O argumento histórico nas análises de saúde coletiva. In: FLEYRY, S. (Org.), *Saúde: coletiva? Questionando a onipotência do socia*l. Rio de Janeiro: Relume-Dumará, 1992, pp. 117-142.

DANTES, M. A. M. Introdução. In: DANTES, M. A. M. (Org.) *Espaços da Ciência no Brasil: 1800-1930*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2001.

CUETO, M. (Ed.) *Salud, Cultura y Sociedad en América Latina: nuevas perspectivas históricas*. Lima: Instituto de Estudos Peruanos/Organização Pan-Americana de Saúde, 1996.

EDLER, F. A medicina brasileira no século XIX: um balanço historiográfico. *Asclépio-Revista de Historia da Medicina y de la ciência*, vol. L (2), 1998.

FIGUERÔA, S. F. de M. (Org.) *Um Olhar sobre o Passado: história das ciências na América Latina*. Campinas: Editora da Unicamp/Imprensa Oficial, 2000.

FOUCAULT, M. *Vigiar e Punir*. Rio de Janeiro: Vozes, 1977.

FOUCAULT, M. *História da Loucura na Idade Clássica*. São Paulo: Perspectiva, 1978.

FOUCAULT, M. *Microfísica do Poder*. Rio de Janeiro: Graal, 1979.

FLECK, L. *La Génesis y el Desarrollo de un Hecho Científico*. Madrid: Alianza Editorial, 1986.

KUHN, T. *A Estrutura das Revoluções Científicas*. São Paulo: Perspectiva, 1975.

LATOUR, B. *Ciência em Ação: como seguir cientistas e engenheiros sociedade afora.* São Paulo: Unesp, 2000.

MACHADO, R. et al. *Danação da Norma: medicina social e constituição da psiquiatria no Brasil*. Rio de Janeiro: Graal, 1978.

MERTON, R. K. *Sociologia, Teoria e Estrutura.* São Paulo: Editora Mestre Jou, 1970.

NUNES, E. D. (Org.) *Juan César García: pensamento social em saúde na América Latina*. São Paulo: Cortez/Abrasco, 1989.

PORTER, D. Introduction. In: PORTER, D. (Ed.) *The History of Public Health and the Modern State*. Amsterdan: GA Rodopi, 1994.

ROSEN, G. *Da Polícia Médica à Medicina Social-Ensaios sobre a História da Assistência Médica*. Rio de Janeiro: Graal, 1980.

ROSEN, G. *Uma História da Saúde Pública*. São Paulo: Hucitec/Abrasco, 1994.

ROSENBERG, C. Introduction. Framing Disease: illness, society and history. In: ROSENBERG, C. E. & GOLDEN, J. (Ed.) *Framing Disease: studies in cultural history*. New Brunswick: Rutgers University Press, 1992, pp.XIII-XXVI.

Médicos e enfermeira no Hospital Geral da Cidade do México em 1905. Acervo do Arquivo Histórico da Universidade Nacional Autônoma do México, Cidade do México.

Profissões da Saúde e Lutas de Poder no México (1821-1917)*

Ana Maria Carrillo

* Versão revista de artigo publicado originalmente em *Asclepio. Revista de Historia de la Medicina y de la Ciencia*, L(2):149-168, 1998. Tradução de Paulo M. Garchet.

Medicina: de 'ofício' a 'profissão'

Pode-se considerar que o século XIX mexicano vai de 1810 a 1910, e compreende a Guerra de Independência (1810-1821) e os períodos denominados pelos historiadores 'México independente' (1821-1867) e 'México moderno' (1867-1910). Durante o 'México independente', o país vive grande instabilidade, depois de 11 anos de movimento pela independência, luta constante entre centralistas e federalistas, rebeliões indígenas, tentativa de reconquista por parte da Espanha (1827), guerra com a França na qual o México foi derrotado (1838-1839), guerra com os Estados Unidos em que perde mais da metade de seu território (1846-1848), guerra civil entre conservadores e liberais (1858-1861) e intervenção francesa com apoio dos conservadores (1863-1867). Já o período conhecido como 'México moderno', que compreende os governos da República restaurada (1867-1976) e a longa ditadura de Porfirio Díaz (1876-1910) é de relativa paz. Ao final desse período começa uma revolução que irá terminar em 1917, com a promulgação da Constituição que ainda hoje rege o México.

No campo da medicina, nos cerca de cem anos que transcorreram entre o fim da Guerra de Independência e o fim da revolução iniciada em 1910, passou-se, no México:

- de situações de descontinuidade institucional no ensino da medicina à consolidação das escolas de medicina da capital e de Guadalajara, e à criação de outras em algumas cidades de província;
- do ensino escolástico da Facultad de Medicina da Real y Pontificia Universidad à reforma dos centros formadores de médicos e à criação de institutos nacionais de pesquisa médica;
- de agrupamentos incipientes e efêmeros de médicos à proliferação de associações gremiais, em especial a Academia Nacional de Medicina;
- de leis isoladas em matéria de salubridade à elaboração de códigos sanitários e ao impulso de campanhas científicas de saúde pública;
- de lazaretos, que eram mais centros de evangelização e isolamento que instituições com função terapêutica, à construção, em princípios do século XX, de hospitais dotados de todos os avanços da ciência médica da época;
- do 'Protomedicato', constituído por uns tantos facultativos encarregados de regular o exercício da medicina, mas sem orçamento para realizar pesquisas ou autoridade para determinar ações

> durante as epidemias, e da dispersão da responsabilidade sanitária entre várias autoridades à criação do Departamento de Salubridad Pública, diretamente subordinado ao presidente da República, com capacidade executiva e jurisdição sobre toda a nação.

Esse período compreende muitos dos acontecimentos que levaram a comunidade médica a modificar substancialmente várias das categorias que haviam vigido na época colonial e – através de um movimento não isento de contradições, e de índoles muito diversas – a consolidar, no México, a profissão médica e institucionalizar sua autoridade.

Ao longo de todo esse caminho, muitas vezes tortuoso, a comunidade médica desempenhou um papel fundamental, defendendo suas instituições, ainda em condições adversas, e persuadindo da necessidade e da utilidade de suas ações o Estado mexicano, Estado este que, por um lado, financiou seus estabelecimentos de ensino, suas agremiações, suas publicações científicas e sua participação em reuniões nacionais e internacionais e, por outro, sancionou legalmente o ensino e a prática da medicina. Foi precisamente nesse processo que a comunidade médica forjou um modelo profissional que se consolidaria em meados do século XX.

Muito mais difícil para a medicina acadêmica foi ganhar a confiança do público e apoderar-se do corpo dos outros (um fenômeno ainda pouco estudado no México). Ainda hoje, está longe de poder impedir que a população recorra a outras práticas médicas, apesar da longa luta empreendida para tanto. Isso é de fundamental importância, pois, como já foi assinalado (Freidson, 1978), ao contrário dos físicos ou dos botânicos, que no processo de institucionalização de suas disciplinas requerem basicamente o reconhecimento de seus pares e o apoio do Estado, na medicina – como em qualquer outra 'profissão de consulta' – necessita-se, ainda, que o público acredite no valor do conhecimento e da destreza de quem a realiza, excluindo outras práticas.

Desde a época colonial (1521-1821) até nossos dias, os médicos universitários pretenderam exercer um controle total sobre a medicina. Afirmaram ser a única autoridade confiável para proporcionar atendimento médico e pressionaram o Estado para que autorizasse tal monopólio. Ainda que na Espanha e suas colônias se reconhecesse o aprendizado universitário como a condição fundamental de habilitação para o atendimento médico, na prática, os médicos universitários tiveram de competir com a

medicina doméstica e com a medicina indígena (esta última tolerada pelas *Leyes de Indias*); com as medicinas 'popular' espanhola, negra e mestiça (que, sim, foram perseguidas) e com o atendimento prestado por outras profissões da área da saúde, por religiosos e por médicos europeus sem título (Lanning, 1985). Desde então, a medicina acadêmica teve de coexistir com outras formas de saber médico, levando ao que alguns denominam modelo pluralista de atendimento (Zolla et al., 1988).

Os médicos espanhóis e *criollos* referiam-se aos que praticavam a medicina 'sem temor de Deus' – vale dizer, sem título – como 'ministros da morte', e se queixavam de serem oprimidos por esses 'intrusos', ainda que, na realidade, eles fossem produto de uma demanda por atendimento. A grande concorrência que então se verificava entre os médicos devia-se ao fato de que sua oferta era muito maior que a demanda, apesar da escassez de médicos universitários na Nova Espanha.[1]

Nessa época, a medicina tinha limitações em todo o mundo, e era mais ofício que profissão. Os médicos, com as exceções de praxe, não tinham um *status* elevado; a educação teórica e prática que recebiam era mínima; seus diagnósticos não costumavam ser corretos, e seus tratamentos eram pouco eficazes (Shryock, 1984). A medicina ainda não gozava do mesmo reconhecimento que outras ciências. Dos cursos da Real y Pontificia Universidad, os menos prestigiados eram os de medicina. Alguns historiadores viram na exigência de pureza do sangue que se fazia aos estudantes de medicina uma mostra da importância do lugar dos médicos na sociedade. Outros, contudo, assinalam que tal exigência não era feita aos futuros militares ou advogados e que seria, antes, uma tentativa de eliminar o desprestígio da profissão médica (Lanning, 1985). Essa tese parece comprovar-se quando se vê que exigência semelhante era feita aos cirurgiões e farmacêuticos, aos barbeiros, aos flebotomistas e às parteiras, os quais, para obterem seus títulos, também tinham de apresentar certificado de pureza de sangue.[2] O fato é que os médicos estavam no topo da hierarquia dos profissionais da saúde: enquanto a sua era vista como uma profissão douta, as dos cirurgiões, barbeiros, flebotomistas e parteiras eram consideradas atividades manuais, e os farmacêuticos eram vistos como comerciantes (Flores, 1886).

Até o início do século XX, os médicos reclamaram da pouca consideração que a sociedade dava a sua profissão e esforçaram-se por demonstrar que a medicina era não apenas uma ciência útil, mas a mais útil de todas

as ciências. Em seu *Mercurio Volante* – primeiro periódico do país dedicado às ciências médicas –, Bartolache, médico reconhecido, avisava que o periódico divulgaria notícias de física e medicina: "duas ciências de cuja utilidade ninguém jamais duvidou" (Bartolache, 1983a:9). Afirmava que outras ciências podiam servir para adorno ou vaidade, mas que sem uma vida saudável não se podia ser feliz. Reconhecia que as escolas públicas criadas pelo monarca haviam produzido muitos homens de mérito nos campos da teologia e das ciências jurídicas, mas menos em filosofia e medicina. Insistiria na importância da medicina em um número posterior desse periódico em que a defendeu dos que a ela se referiam como "arte divinatória e conjetural, ciência incipiente, imperfeita, não apenas falível, como falsa em sua maior parte" (Bartolache, 1983a:46).

No século XIX, a medicina continuava sendo a mais prestigiada das profissões da área da saúde, mas ainda com menos prestígio que outras. Manuel Carpio – destacado clínico e catedrático – denunciou em 1839 que, no México, não se respeitava o trabalho dos facultativos (médicos diplomados) e a situação da ciência era funesta, ao contrário de outros países onde a medicina e todas as ciências teriam saído da barbárie porque os governos haviam protegido os sábios, condecorando-os e tratando-os como seres úteis (Carpio, 1839).

Os médicos do século XIX buscaram a todo tempo o reconhecimento público de seu trabalho, e o fizeram coletivamente, por meio de suas associações colegiais, cujos antecedentes na Nova Espanha vinham do princípio do século XVIII (Léon, 1914). Em 1836, alguns professores do Establecimiento de Ciencias Médicas – que, a partir de 1833, substituíra a Facultad de Medicina de la Pontificia Universidad, e acolhera a medicina clínica e experimental européia – fundaram a Academia de Medicina de México. Durante sete anos (1836-1843), a Academia publicou o *Periódico de la Academia de Medicina de México.* Desde seu primeiro número, a publicação se definia como uma consulta periódica a 20 ou 30 facultativos sobre um conjunto de fatos, e se dizia o instrumento mais eficaz para estender as luzes da ciência aos médicos de todo o país e para alertar sobre os perigos de práticas da medicina popular e de cirurgiões sem estudo, "formados no calor dos combates armados" (Blaquiere, 1836). Sua função – diria alguns anos mais tarde – era ajudar a população que não sabia distinguir entre o bom e o mau médico (R. A., 1841).

Casimiro Liceaga, primeiro diretor do Establecimiento de Ciencias Médicas, explicitou a relação entre o Estado e a ciência afirmando que,

para o florescimento das nações, era indispensável fomentar o cultivo das ciências e que, entre elas, a medicina era a mais útil às sociedades, pois, além de curar os enfermos, servia de auxílio aos legisladores (Liceaga, 1839). Outro membro da academia diria, anos depois: "não tratarei de provar que a medicina é superior a todas as ciências humanas, nem tampouco que é a de maior utilidade, porque tanto um como o outro fato são já conhecidos de todos que têm bom senso" (R. A., 1841:121).

Em 1851, por iniciativa de Leopoldo Río de la Loza, inaugurou-se uma segunda academia. Seu primeiro presidente foi o próprio Río de la Loza, que dizia: "Se o estabelecimento das academias científicas é um bem positivo para as sociedades, o da de Medicina na capital do México é um verdadeiro serviço para a humanidade e para a ciência" (Río de la Loza, 1852:2). Esta segunda academia editou um periódico, de início também chamado *Periódico de la Academia de Medicina de México* (1852), mas que de 1856 a 1858 passou a chamar-se *La Unión Médica*.

De acordo com Elias Trabulse (1992), a fundação de sociedades médicas no primeiro quarto do século XIX marcou o momento de gestação das novas comunidades de médicos que cobririam o panorama mexicano do resto do século e das primeiras décadas do século XX. Em 30 de abril de 1864, durante o império de Maximiliano, criou-se a sexta seção da Comisión Científica, Artística y Literaria de México, a de Ciencias Médicas. Nesse mesmo ano, apareceu o primeiro número de seu periódico, a *Gaceta Médica*, escrito em espanhol e em francês. De sua criação participaram médicos estrangeiros (seu primeiro presidente foi Alberto Ehrmann, chefe de Saúde do Exército francês) e destacados clínicos mexicanos, como Miguel Jiménez e Manuel Carpio. Conquanto esses médicos simpatizassem com os conservadores, Ehrman e Jiménez (1864) afirmavam que a *Gaceta* não teria outra bandeira que a científica. Isso explica porque, pouco depois de criada a seção, médicos que eram liberais decidiram unir-se ao projeto, em uma prova de que os interesses da ciência e do grêmio estavam acima das diferenças políticas.[3] Um ano depois, a seção médica da comissão científica tornou-se independente, com o nome de Sociedad Médica de México. Em 1870, a Sociedad organizou-se em academia, e foi a primeira corporação da classe médica que teve continuidade: a vida da Academia de Medicina e a de seu órgão informativo têm sido praticamente ininterruptas ao longo de quase um século e meio.

Essas sociedades tiveram sempre um número limitado de sócios, pertencentes a uma elite social. Assim, a Academia de Medicina se autodefinia,

em 1864, como "a parcela mais seleta dos médicos" (Ehrmann & Jiménez, 1864:2). Tal afirmativa não era apenas uma avaliação subjetiva ou supervalorização de um dos setores médicos. Antes, é importante lembrar que, desde muito cedo, haviam sido editadas disposições indicando os honorários que os médicos podiam receber por seus serviços, que variavam em função da situação financeira do enfermo, do mal que sofria, do lugar e hora do atendimento prestado, do tempo gasto pelo médico, do *status* que este tinha entre seus colegas (por sua idade, preparação e generosidade), de seu estado de saúde, da natureza de suas ocupações no momento em que fora chamado, do trabalho corporal e intelectual que a enfermidade exigira, do lugar onde exercera sua profissão, do sucesso da cura e, inclusive, da 'representação social do enfermo', pois o atendimento a certo tipo de pacientes poderia afetar a moral do médico e comprometer seu nome (Dictamen del Colegio..., 1839).

Tampouco podem-se esquecer as tentativas de limitar a admissão à profissão segundo critérios de classe social. Uma determinação aprovada pelo Consejo Superior de Salubridad (desde 1841 e durante os 75 anos subseqüentes a autoridade máxima na área da saúde do país) estabelecia a necessidade de que este órgão investigasse a prática, a vida e os costumes dos indivíduos que se formavam em medicina – como antes fazia o 'Protomedicato' –, para evitar que exercessem a medicina "pessoas de baixa extração e modos ásperos" que eram "opróbrio e descrédito da profissão".[4] Durante quase todo o século, os profissionais da saúde foram divididos entre profissionais de 'primeira, segunda e terceira classe', critério segundo o qual pagavam impostos ao Estado.

Os médicos não incluídos na Academia Nacional de Medicina estabeleceram outras formas de organização. Os de poucos recursos econômicos que residiam na capital fundaram, pela ordem: a Sociedad Médica de Beneficencia, em 1852; a Sociedad Filoiátrica y de Beneficencia, em 1868, que publicava *El Porvenir Filoiátrico*; e a Sociedad 'Pedro Escobedo', também no ano de 1868, que publicava *El Observador Médico*. Com tais associações, esses médicos buscavam contribuir para o avanço das 'ciências médicas pátrias' – entendidas como a terapêutica e a matéria médica nacionais, que consideravam descuidadas –, e para estreitar os vínculos de fraternidade e filantropia entre a 'classe médica média' a que pertenciam. De fato, suas associações também atuavam como sociedades mutualistas em casos de enfermidade ou morte de algum de seus membros. Muitas outras sociedades médicas seguiram-se a essas. Cabe

destacar algumas sociedades especializadas, como a Médico-Quirúrgica 'Luis Muñoz', a Oftalmológica Mexicana, a de Obstetricia Práctica 'Juan María Rodríguez' e a de Medicina Interna.

No século XIX, havia escolas de medicina em Guadalajara (fundada em 1792), Oaxaca (1827), Morelia (1829), Mérida (1833), Campeche (1833), Puebla (1834), Guanajuato (1837), Nuevo León (1859) e San Luis Potosí (1877). Outras foram criadas posteriormente, em Zacatecas, Pachuca e Chihuahua. A maioria dessas instituições acadêmicas, assim como o Establecimiento de Ciencias Médicas da capital, sofreu descontinuidade institucional. Apesar disso, houve comunidades de médicos nesses locais e criaram-se sociedades médicas, ou médico-farmacêuticas. Destacaram-se a Sociedad Médico-Quirúrgica Moreliana, em Michoacán; a Médico-Farmacéutica, em Mérida; a Médica 'Miguel Jiménez', em Puebla; a Fraternal Médico-Farmacéutica, em León; a Médica, em San Luis Potosí; a 'Francisco Montes de Oca', em Pachuca, e a Médica de Zacatecas, no estado do mesmo nome. A maior parte dessas sociedades editou periódicos. Já em 1839, publicavam-se os *Anales de la Sociedad Médica de Emulación de Guadalajara*.[5]

As associações médicas eram vistas como espaços para ratificar e retificar opiniões e estimular o estudo. Delas surgiram as normas relativas a aspectos do ensino e da prática médicas. Por isso, as organizações próprias deram aos médicos uma identidade pública: eles afirmavam ter autoridade, não como indivíduos, mas como membros de uma comunidade científica (Starr, 1991). De uma ou de outra maneira, essas sociedades desempenharam um papel no desenvolvimento da medicina no México e sobreviveram quando conseguiram ter recursos financeiros. Algumas delas não mereceram um único estudo; outras, como a Academia Nacional de Medicina, receberam a atenção dos estudiosos, mas basicamente em suas contribuições para o desenvolvimento da ciência (Fernández del Castillo, 1956; Somolinos d'Ardois, 1964). Faltam, em geral, estudos sobre as associações médicas como fatores de poder no contexto social, e sobre a democracia no interior dessas sociedades.

Os avanços científicos do final do século XIX favoreceram a coesão da profissão médica, o que não quer dizer que não houvesse contradições entre os médicos universitários. Nas décadas de 1870 e 1880, enquanto a maioria dos médicos mexicanos seguia falando de miasmas e humores, um reduzido grupo ia à França e à Alemanha estudar com os 'príncipes da ciência' e chegava com novos paradigmas que nem todos os facultativos

assimilavam de imediato. Outras contradições ocorreram entre: médicos de gerações distintas, médicos com e sem clientela, médicos dedicados à pesquisa básica e médicos dedicados ao atendimento clínico ou à saúde pública, médicos de cidade e médicos dos estados, médicos mexicanos e médicos estrangeiros, médicos de distintas classes sociais, médicos titulados e estudantes de medicina e, mais tarde, médicos generalistas e médicos especialistas, e entre os médicos das diferentes especialidades. Também as questões éticas foram motivo de conflito entre os médicos.

O Estado mexicano desempenhou um papel fundamental na consolidação da profissão médica, mas este apoio implicou, para os médicos, uma dependência do Estado – vale dizer, a influência do poder estatal sobre seu trabalho profissional. Mais ainda, uma série de conflitos esteve sempre presente em sua relação. Tais conflitos se referiam à obrigação dos médicos de assistir gratuitamente os enfermos pobres, de atender ao chamado de qualquer doente ou, ainda, de assumir ideologias políticas. Houve conflitos também diante das tentativas por parte do Estado de controlar o ensino e a prática dos médicos, ou de exercer ação penal contra estes por responsabilidade no exercício profissional e, o principal de todos os motivos, pela falta de respostas à exigência dos facultativos de garantia do monopólio do atendimento médico.

Em torno das tarefas de prevenir, diagnosticar, tratar e fazer o prognóstico das enfermidades, a medicina desenvolveu uma divisão do trabalho cada vez mais complexa: farmacêuticos, parteiras, enfermeiras, dentistas. Os serviços dessas profissões eram úteis e até indispensáveis para o médico. Por isso, a intenção não era eliminá-las, mas sim controlá-las, tanto em sua preparação teórica e prática como em seu exercício, limitando, por exemplo, as atividades que cada uma delas estava autorizada a realizar. Como disse Dale L. Hiestand (apud Freidson, 1978), o médico controla e influencia seu campo de atividade e todo aquele que ouse aproximar-se deste de um modo que não encontra paralelo em nenhuma outra ocupação.

Cirurgiões, Flebotomistas, Farmacêuticos, Parteiras, Dentistas e Enfermeiras: assimilação e controle

Os médicos tiveram atitudes diferentes diante de outros profissionais da saúde. Com as profissões da área da saúde, cujo ensino e emissão

de títulos dependiam das escolas de medicina, sua política foi de reconhecimento e tentativa de controle.

A cirurgia recebeu pouca consideração social da medicina, pelo menos até 1831, ano em que ambas as profissões foram formalmente unidas e foi dada, a cirurgiões e médicos, a oportunidade de adquirir o título que lhes faltava mediante exame[6] – exame este que nem todos puderam ou quiseram fazer. Antes do último terço do século, as duas profissões estavam definitivamente unidas, mas havia, ainda, muitos cirurgiões formados por necessidade durante os conflitos armados a quem o Exército havia dado documentos militares que os acreditavam para o exercício desta profissão. Para as autoridades sanitárias, no entanto, tais documentos podiam reconhecer serviços patrióticos, mas não a capacidade de atuar como cirurgião.[7]

A importância dos flebotomistas titulados foi desaparecendo ao longo do século XIX, ainda que durante as guerras tenham ajudado os médicos na execução das operações. Pelo final do século, ainda havia alguns que faziam extrações de molares, punham ventosas simples e escarificadas, aplicavam sanguessugas – com prescrição do médico – passavam sondas, tratavam problemas de bexiga, e faziam sangrias (Flores, 1886). Contra a opinião dos médicos jovens, outros – por certo muito prestigiados – queixavam-se de que muitas das práticas antigas haviam sido abandonadas sem razão, e de que havia excessivo entusiasmo pelas descobertas modernas – referindo-se à bacteriologia (Carmona y Valle, 1897).

Outras profissões continuaram existindo na área da saúde, mas as de farmacêutico e parteira começaram a ser ensinadas na Escuela de Medicina, sendo sua prática regulamentada. Foram instituídos, também, os exames para dentista.

Os médicos, que entendiam a importância de suas agremiações, trataram de limitar as de outras profissões relacionadas com a saúde. Para o historiador da medicina Francisco Flores parecia incrível que, em 1838, os médicos Febles e Benítez, da Universidad de México, tivessem opinado desfavoravelmente sobre a criação de uma sociedade farmacêutica que, apesar disso, foi autorizada. Outras associações de farmacêuticos foram a Sociedad Farmacéutica, que editou o periódico *La Farmacia*, a Liga Farmacéutica Mexicana, a Sociedad Médico-Farmacéutica de Mérida e a Sociedad Médico-Farmacéutica de Oaxaca, entre outras.

Ao longo de todo o século XIX, os professores farmacêuticos se queixaram da decadência em que havia caído sua profissão. Atribuíam tal

estado: à pouca consideração que tinham dos médicos, os quais, além disso, com freqüência invadiam seu campo de atividade; à falta de uma escola especial de farmácia na capital, pois suas cátedras dependiam, como em outros estados, da Escuela de Medicina; à desunião dos membros do grêmio e aos abusos dos vendedores de medicamentos sem título; ao desinteresse, da parte do Estado, por sua profissão; à 'visita inquisitorial' da inspeção de farmácias pelas autoridades sanitárias; à concorrência dos medicamentos estrangeiros patenteados; à proliferação de farmácias e à ignorância da sociedade mexicana (Coellar, 1896-1897). Os farmacêuticos da capital nunca tiveram uma escola de farmácia, mas em 1916 inaugurou-se a Escuela Nacional de Ciencias Químicas, onde se criaria a carreira de químico-fármaco-biólogo (Garcia Fernández et al., 1985).

Desde o século XIX, houve tentativas, por parte do Estado e da profissão médica, de substituir as parteiras por mulheres alfabetizadas, treinadas nas escolas de medicina, que servissem como auxiliares dos médicos. A parteira profissional nasceu, assim, com o duplo caráter de atividade necessária à profissão médica e a ela subordinada, e de prática repressora da atividade das parteiras tradicionais, concorrentes da medicina acadêmica (Martínez Benítez et al., 1985). Mas os médicos universitários tinham conflitos, não só com as parteiras práticas, mas, inclusive, com as parteiras tituladas preparadas por eles próprios. Estas eram preferidas pelas mulheres que achavam que os médicos seriam demasiado propensos a utilizar técnicas cirúrgicas prejudiciais à mãe e a seu filho. Os médicos, contudo, atribuíam tal preferência ao 'falso pudor' das pacientes e ao fato de não saberem distinguir o verdadeiro do falso saber.

Em 1887, foram estabelecidas três cátedras de aperfeiçoamento na Escuela Nacional de Medicina, sendo uma delas a de 'ginecologia teórico-práctica'. A partir da instauração da ginecologia como especialidade, intensificou-se a pressão estatal para controlar as parteiras, mesmo aquelas com título legal, pois a nascente especialidade era incompatível com o número de partos atendidos por parteiras tituladas e tradicionais. Em 1892, o Ministerio de Gobernación publicou um regulamento para as parteiras tituladas no qual se observa a tentativa dos médicos universitários de substituí-las no atendimento às parturientes e puérperas – só lhes permitiam intervir em partos sem complicações – e de convencer as pacientes e seus familiares da importância de recorrer aos serviços médicos (Reglamento..., 1892). O regulamento provocou queixas das parteiras. Um mês depois de

sua publicação no *Diario Oficial*, a Sociedad Liga de Parteras, formada por professoras tituladas pela Facultad de Medicina de México, pediu ao presidente da República a reforma do Reglamento de Parteras, que – alegava – violava o Reglamento de la Escuela de Medicina, pois proibia as parteiras de realizar práticas para as quais haviam sido preparadas.[8] Sua petição foi rejeitada, contudo. Em princípios do século XX, a Escuela Nacional de Medicina exigiu, como requisito para inscrição na carreira de parteira, a obtenção prévia do título de enfermeira. A parteira profissional foi definitivamente eliminada nos anos 50, em favor da ginecologia (Carrillo, 1999).

A profissão de dentista chegaria a ser uma profissão autônoma, com o tempo, mas não foi assim em seu início. No século XIX, o México carecia de uma instituição formal de ensino dentário. Desde 1840, os títulos eram concedidos pelo Consejo Superior de Salubridad, mediante um exame de suficiência aplicado pela Escuela de Medicina, mas os professores que examinavam não eram dentistas, eram médicos. Por isso, e durante muito tempo, os dentistas ficaram à sombra dos médicos. A primeira agremiação de dentistas do país foi a Sociedad Odontológica Nacional Mexicana, criada em 1887, para ingresso na qual exigia-se o título correspondente. Pouco depois, surgiu o periódico *Arte Dental*, órgão oficial dessa sociedade. Em 1896, foi criada a Sociedad Dental Mexicana, com o objetivo fundamental de criar uma escola de odontologia no México. Seis anos mais tarde, obteve-se um acordo presidencial em que se estabelecia a necessidade de uma escola do ramo. O Consultorio Nacional de Enseñanza Dental, anexo à Escuela de Medicina, foi inaugurado em 19 de abril de 1904, e alcançou sua independência desta em 1911 (Zimbrón Levy & Feingold Steiner, 1990).

Em 1887, formou-se Matilde Montoya, primeira médica mexicana. Em sua esteira inscreveram-se outras mulheres, sendo que esse momento, em que as mulheres começaram a solicitar seu ingresso nas escolas de medicina, coincidiu com o da criação da profissão de enfermeira (Ehrenreich & English, 1984). No final do século XIX, estava já mundialmente estabelecido que os estudantes de medicina necessitavam de hospitais onde realizar seus estudos clínicos, e que os bons hospitais necessitavam de enfermeiras. O Hospital de Maternidad e Infancia, onde se formaram as primeiras enfermeiras mexicanas, aceitou-as de bom grado. Mas foram o Hospital General e o Manicomio de la Castañeda (para portadores de doenças mentais) – inaugurados em 1905 e 1910, respectivamente, e dotados de todos os avanços médicos de seu tempo – que as tornaram indispensáveis. Em 1898,

com o Hospital General, que então se construía, foi estabelecida uma escola prática e gratuita para enfermeiras.[9] Também no interior foram estabelecidas cátedras de enfermagem, e em 1910 havia cinco escolas de enfermagem no país (Martínez Benítez et al., 1985). Ao contrário das médicas universitárias e das médicas indígenas, que eram autônomas, as enfermeiras estiveram sempre subordinadas ao poder médico. A formação dada às futuras enfermeiras enfatizava, tanto no aprendizado como durante a prática, a importância de seguirem cuidadosamente as prescrições e ordens do médico, recordando-lhes sempre que as enfermeiras não eram nem poderiam ser médicas. Nos procedimentos das alunas valorizava-se que fossem submissas.[10] Os estudos de enfermagem foram dependentes da Escuela de Medicina, onde não só o diretor era médico, como médicos também eram seus examinadores e professores. A organização profissional de seu grêmio, a Asociación Mexicana de Enfermeras, seria criada tardiamente, em 1947, e no ano seguinte seus estudos seriam separados da Escuela de Medicina, mas sem conseguir autonomia ou autoridade (Martínez Benítez et al., 1985).

Religiosos, Homeopatas e Médicos Indígenas: desqualificação e combate

Quanto mais uma profissão da área da saúde 'invade' a área que os médicos consideram de sua competência exclusiva, maiores conflitos surgem entre eles. Exemplo disso foi a luta travada no século XIX entre os médicos universitários, de um lado, e os religiosos que prestavam serviços médicos, os homeopatas e os médicos indígenas, do outro.

Durante o período colonial, a Igreja havia sido a instituição fundamental no patrocínio, construção, sustento e administração dos hospitais.[11] Durante a gestão dos Bourbons,[N.T. 1] vislumbrou-se a possibilidade de que o Estado passasse a controlar as políticas de saúde, prescindindo do trabalho dos religiosos. A luta para impor a primazia do poder civil sobre o eclesiástico era, então, considerada essencial para o fortalecimento do Estado moderno (Saldaña, 1989). Em conseqüência, a busca do controle do atendimento médico não foi apenas uma das formas de luta política entre o clero e o Estado, mas um dos principais eixos de tal luta (Moreno

[N.T.1] Casa real espanhola desde meados do século XVIII, que sucedeu à Casa dos Habsburgos.

Cueto et al., 1982), e os médicos desempenharam um importante papel nos processos sociais de secularização e racionalização.[12]

Em 23 de junho de 1813, foi publicado um decreto com instruções para o governo econômico e político das províncias. Nele, estipulavam-se as obrigações dos *ayuntamientos*,[N.T. 2] entre as quais estava a vigilância pela salubridade das vilas e cidades. Esse decreto previa que a cada ano fosse formada uma Junta de Sanidad em cada vila ou cidade para cuidar da saúde pública. Tal junta seria composta pelo prefeito, pelo padre-cura mais antigo, por um ou mais vereadores, por um ou mais vizinhos e por um ou mais médicos. Leis promulgadas depois da Guerra de Independência continuaram incorporando os religiosos nos organismos sanitários – Michoacán, 1825; Tamaulipas, 1841; Jalisco, 1850 (Consejo Superior de Salubridad, 1910). Mais tarde, os liberais desapropriaram os hospitais do clero, mas essas desapropriações não seguiram uma marcha constante: eram aprovadas quando os liberais ocupavam o poder, mas a Igreja recuperava seus hospitais nos governos conservadores.

A expropriação teve seu ponto culminante em 1856, quando, com a efetivação das leis de '*desamortización*,'[N.T. 3] o presidente Lerdo de Tejada enfrentou o clero, personificado nas irmãs de caridade, ao decretar sua expulsão dos hospitais de todo o país (Muriel, 1991). As religiosas, contudo, continuaram atuando em hospitais privados e entre a população, cuidando dos enfermos acamados. Tais cuidados eram fundamentalmente espirituais, mas, logicamente, elas também acumulavam experiência clínica, e não estavam sujeitas ao poder médico, mas à autoridade eclesiástica. Finalmente, o movimento dos médicos pela medicina científica – que descobrira a causa e os mecanismos de transmissão de muitas enfermidades, e que opôs à filantropia religiosa a filantropia em ciência – afetou mais a Igreja em sua tentativa de controlar os serviços de atendimento à saúde do que todas as disposições estatais (Coe, 1973).

O sistema homeopático – que criticava o abuso da cirurgia e a aplicação de múltiplos remédios – de um lado encontrou no México um terreno propício para seu desenvolvimento, mas, de outro, enfrentou franca oposição da medicina institucional. Membros da escola oficial reconheciam que

---

[N.T.2] Unidade administrativa correspondente aos municípios brasileiros.

[N.T.3] Leis aprovadas pelos liberais, em meados século XIX, que estipulavam que toda a terra e outras propriedades em *manos muertas*, isto é, improdutivas – terras que a Coroa havia dado gratuitamente ('amortizado'), não só à Igreja, como também às comunidades indígenas – seriam tomadas e vendidas no mercado.

havia homeopatas com mais clientela que os médicos, mas alegavam que isto se devia ao fato de que a audácia do charlatão assegurava seu êxito, enquanto, ao contrário, o sábio era modesto, o que prejudicava sua capacidade de impressionar o povo. Diziam também que, apesar de estar certa a teoria de Hahnemann, enquanto os homeopatas não tivessem cátedras, hospitais, cursos de clínica e anfiteatros, não poderiam "nem sentar-se junto aos médicos" (Patiño, 1881:161-165).

Os homeopatas consideravam sua prática parte da mesma ciência médica, porém reformada, e logo tiveram escolas e consultórios, além de agremiações e periódicos. Em 1869, por iniciativa de Julián González, estabeleceu-se o Instituto Homeopático Mejicano; outras sociedades homeopáticas foram: o Círculo Homeopático Mexicano, a Sociedad Médico-Homeopática Mexicana e a Sociedad Hahnemann. Desde cedo, os homeopatas difundiram suas idéias por meio de publicações periódicas: *La Homeopatía en México*, *La Homeopatía en el Mundo*, *El Estudio*, *El Faro Homeopático* e *La Reforma Médica*, entre diversas outras. Em 1893, com apoio estatal, foi criado o Hospital Nacional Homeopático, o que significou um passo fundamental na institucionalização dessa doutrina. Os homeopatas empenharam-se, também, por regularizar o ensino da medicina homeopática, o que lograram em 1895, com o estabelecimento, por decreto presidencial, da Escuela Nacional Homeopática.

O poder legitimador do Estado acendeu o pavio dos debates entre alopatas e homeopatas, debate que se deu em dois níveis: um nível teórico interno, em que participaram as comunidades médicas de uns e de outros e em que se questionavam a coerência e a sustentabilidade interna de uma e outra prática científica, e um nível extrateoria, em que entraram em jogo uma série de interesses de tipo gremial e, desde o início, o papel diretor do Estado porfiriano,[N.T. 4] que legitimou a homeopatia por meio da criação do hospital, primeiro, e da escola, depois (Azuela & Carrillo, 1991). Os médicos alopatas vaticinavam sempre a imediata queda da homeopatia (Barreda, 1902). Contudo, às vésperas da revolução, os homeopatas tinham sociedades em que seus praticantes se reuniam, difundiam suas idéias em periódicos, relacionavam-se com seus colegas estrangeiros, e haviam já logrado a institucionalização do ensino e da prática da homeopatia por meio de uma escola nacional que controlava quem poderia chamar-se a si mesmo

[N.T.4] As referências a período porfiriano, ou a porfiriato, indicam o longo período de governo do ditador Porfírio Diaz, de 1876 a 1911, sendo que mesmo o interregno de 1880 a 1884 é costumeiramente incluído nestas expressões.

de homeopata, e de um hospital – também nacional – onde estes exerciam seu mister.

Mas a maioria da população mexicana do século XIX não recorria nem à alopatia, nem à homeopatia, mas às medicinas indígena e popular, e à medicina doméstica. Quando, em 1888, foi criado o Instituto Médico Nacional, que tinha entre suas funções a de estudar a flora medicinal indígena, convidou-se a população a enviar informações para que o instituto as investigasse. Diziam: "Muitas verdades vulgarizadas no campo e nas pequenas povoações são inteiramente ignoradas no México por professores que poderiam aproveitá-las, assim como muitas vulgaridades passam no povo sensível e crédulo como verdades indiscutíveis"[13] (Invitación, 1889:49). A mensagem era clara; só a ciência poderia discernir entre a verdade e o erro. Falava-se de 'conhecimento vulgar'. A sabedoria centenária dos médicos indígenas – terapeutas socialmente reconhecidos – era significativamente ignorada, como também se ignorava que a medicina indígena não era institucional, mas, sim, estruturada. O fato é que, ao não contemplar outros modelos além daqueles que a faziam funcionar, a medicina era incapaz de dar a mais leve explicação sobre as descobertas de outras terapias ou modelos, salvo em termos de empirismo (Clavreul, 1983).

Os médicos do século XIX menosprezaram o resto dos saberes médicos, mesmo nos casos em que nem uns nem outros tinham respostas para os problemas de saúde (Aguirre Beltrán, 1986), mas essa tentativa de exclusão tornou-se mais aguda no final do século, quando grandes progressos médicos revolucionaram a compreensão e o tratamento das enfermidades. No México, esses progressos de pesquisa concretizaram-se nos institutos nacionais de pesquisa médica: Antirrábico (1888), Médico (1888), Patológico (1899) e Bacteriológico (1905), os quais tiveram importante papel, não apenas na pesquisa básica, como, também, na medicina clínica, no ensino médico e na saúde pública (Carrillo, 2001).

Apesar de seu reduzido número – em 1910, havia 3.021 médicos para 15.160.377 habitantes (González Navarro, 1970) –, os médicos desse período exigiam do Estado a garantia do monopólio do atendimento sanitário. Não o obtiveram. Ao longo do século XIX houve leis que limitaram a atuação dos médicos indígenas chegando, em casos extremos, a destiná-los ao serviço militar – em princípios da década de 1840 (Álvarez Amézsquita et al., 1960) –, mas a experiência mostraria que o controle oficial não bastava: enquanto a população não acreditasse na medicina

acadêmica, a consulta seria escassa. Além disso, essas leis não poderiam sobrepor-se à carta magna: a Constituição liberal de 1857 determinava, em seus artigos 3º e 4º, a liberdade de ensino de profissões, dispondo que a lei determinaria quais profissões demandariam diploma para seu exercício. No entanto, nem durante o período da República restaurada, nem durante o 'porfiriato' promulgou-se a lei orgânica correspondente.[14] Como ocorreu nos Estados Unidos, alguns pleiteavam no México a livre concorrência na medicina, pois havia, depois da independência, um sentimento contra os profissionalismos e os elitismos que foi expresso nos mencionados artigos. A maioria dos médicos, contudo, lutaria com decisão e constância pela regulamentação do exercício da medicina. Haviam estudado para obter um título que fosse garantia de uma posição privilegiada na sociedade, e sentiam que a liberdade de profissões era um obstáculo a suas possibilidades de ascensão social.

As outras profissões da área da saúde também enfrentavam conflitos: farmacêuticos *versus* religiosas que atendiam em farmácias, parteiras tituladas *versus* parteiras empíricas, homeopatas *versus* farmacêuticos, dentistas *versus* flebotomistas... Para os profissionais da saúde que tinham um título, os conhecimentos e habilidades para curar só podiam ser obtidos nas universidades. A prática dos 'sem-título' era ilegal, porque a lei a proibia; atentatória, porque punha em risco a saúde pública; e criminosa porque privava da saúde ou da vida. Para o Estado, porém, o ensino universitário não era a única chancela que habilitava um homem a praticar a medicina. A Constituição de 1917 tampouco deu aos médicos, farmacêuticos e parteiras titulados o almejado monopólio para tratar dos enfermos. Para obtê-lo, os profissionais da saúde teriam de esperar até meados do século XX (Ley reglamentaria..., 1945).

O Discurso Totalitário da Ordem Médica

Em geral, os médicos se queixavam, tanto na época colonial quanto no México independente e no México moderno, de sua falta de clientela. Nem os poderosos recorriam só a eles. Já quase ao final do século XIX, o delegado do Consejo Superior de Salubridad em Manzanillo, depois de informar que era o único médico num raio de 94 quilômetros, e que tampouco havia botica no lugar, assegurava que ganhava muito pouco porque a clientela fugia do médico como não fugia das epidemias.[15]

Na opinião de Freidson (1978), ninguém pode ser obrigado a consultar um médico. Na verdade, no México como em muitos outros países, em inumeráveis ocasiões o Estado forçou a população a consumir atendimento médico. Exemplos disso são as campanhas do início do século XX contra a peste, a febre amarela, o impaludismo, a tuberculose e a sífilis (a primeira realizada em 1902-1903, as duas seguintes iniciadas em 1903, a quarta a partir de 1907 e a última em 1908). Nessas campanhas – realizadas em portos, fronteiras e cidades importantes, e ligadas ao projeto econômico do governo de Porfírio Diaz –, as autoridades sanitárias isolavam os enfermos em lazaretos ou hospitais, contra sua vontade e a de seus próximos. Com isso, foram aos poucos arrancando os enfermos das famílias para pô-los na esfera do serviço profissional. Proibiam, ainda, que os enfermos contagiosos andassem pelas ruas, e mandavam derrubar os barracos que consideravam inadequados para habitação (Carrillo, 2002), fatos que alguns autores definem como uma forma radical de autoridade médica institucionalizada (Starr, 1991).

Ao fim do período estudado, a burocracia sanitária estava autorizada pelos códigos sanitários (de 1891 na capital e posteriores na maioria dos estados) a entrar nos quartéis, cárceres, asilos, templos, mercados, lojas, matadouros, hospitais, farmácias, pensões, cortiços, teatros, circos, cinematógrafos, escolas, prostíbulos, cemitérios, barcos, trens, fábricas, parques, bosques e residências para regulamentar e vigiar a higiene privada e pública, o que implicou uma extensão extraordinária do campo e dos poderes médicos a todos os espaços da vida, o que Weber chamava a secularização (apud Habermas, 1980) e Foucault, a medicalização da vida cotidiana (Foucault, 1980).

Na XXXII Reunião da Associação Americana, Canadense, Mexicana e Cubana de Salubridade Pública, realizada em 1906, dizia o médico mexicano José Mesa y Gutiérrez (1907) que a legislação das profilaxias era tão importante como as próprias profilaxias. A evolução da higiene tinha lugar na mente de um "seleto grupo de homens altamente talentosos" (Mesa y Gutiérrez, 1907:30) que dedicavam sua vida ao melhoramento da humanidade. O resultado de suas investigações deveria aplicar-se de maneira imediata, na forma de leis, para benefício da comunidade, que não tinha nem o tempo, nem a oportunidade de aprender esses assuntos. Tal legislação – que poderia imiscuir-se até na "sagrada privacidade do lar" – modificaria hábitos e protegeria a população "de sua própria ignorância" (Mesa y Gutiérrez, 1907:30).

Diego Gracia explica que, por trás das teorias paternalistas em saúde, houve, durante mais de um milênio, a influência de Platão e Aristóteles, para quem a função do governante não é outra senão a de mediar entre os mundos das idéias e dos homens. Por isso, a ordem moral não surge da livre aceitação, mas da imposição: obrigando os súditos a cumprir a ordem moral imposta, o governante platônico promove a liberdade de todos os indivíduos. Tal é a justificativa moral do absolutismo político. Para Gracia, "e se o termo monarca ou governante for substituído pelo de médico, e o de súdito pelo de enfermo, tem-se uma imagem rigorosamente fiel do que tradicionalmente tem sido o despotismo ilustrado do médico" (Gracia, 1990a:4). O médico pretende, sempre, lograr o restabelecimento da ordem natural, ou seja, um bem objetivo, pelo que deve impor-se ao paciente mesmo contra a vontade deste. Se o enfermo discorda quanto ao que é bom para si, isto se deve – na opinião daquele – a um erro subjetivo, que não pode ter os mesmos direitos que a verdade objetiva. Assim, o médico não é somente agente técnico, mas também moral, e o enfermo, um paciente necessitado de ajuda tanto técnica como moral (Gracia, 1990b).

O poder médico foi maior a partir de 1917, quando o Consejo Superior de Salubridad, que dependia da Secretaría de Gobernación e carecia de jurisdição em todo o país, foi substituído pelo Departamento de Salubridad Pública, diretamente subordinado ao presidente da República e cujas disposições foram, desde então, de observância obrigatória em todo o território nacional.

A Título de Conclusão

No México do século XIX – que teve forte tendência à profissionalização e à institucionalização, entre outras – houve um enfrentamento, pré-fabricado pelos médicos, entre a ignorância e a sabedoria, a superstição e a ciência, o charlatanismo e a ética, o abuso e o humanitarismo. Como em outros países, foi sobretudo em nome do bem-estar da humanidade que os médicos assumiram o domínio sobre outras profissões da área da saúde e o direito de impor-se aos enfermos (Clavreul, 1983). Quando, em 1874, um médico e um farmacêutico elaboraram um parecer sobre saúde em que solicitavam a proibição do aviamento gratuito de medicamentos feito pelas irmãs de caridade, insistiam – como em tantos outros casos – em que os interesses que os animavam não eram os pecuniários, mas a saúde e o zelo pelo bem público (Egea & Ramirez, 1874).

Às acusações que lhes faziam as parteiras tituladas, de querer despojá-las da parte mais lucrativa de sua profissão, os médicos que haviam elaborado o Reglamento de Parteras de 1892 contestavam alegando que era um desatino pensar que os cavalheiros do corpo médico pudessem estar movidos "por uma aspiração tão triste como a de disputar às parteiras os despojos pecuniários de umas tantas enfermas, abusando, para isto, de sua elevada posição oficial" (Quijano, 1892:175) – seu único interesse era o bem-estar das mães e das crianças.

Porém, ainda que os médicos se comprometessem com a integridade de seus membros por meio da adesão compulsória a um código de ética, havia queixas dos jovens médicos de não terem sido instruídos durante seus estudos sobre quais eram seus deveres e como deveriam conduzir-se com os enfermos, com os outros médicos, com os dissidentes, com os farmacêuticos, com as parteiras e com os curandeiros (Sosa, 1889).

Para o historiador da medicina do século XIX mexicano, a conversão da medicina de 'ofício' em 'profissão' é muito mais que um indicador da mudança de *status* de uma prática socialmente reconhecida. É uma chave epistemológica para tornar visível, primeiro, e inteligível depois, o sentido de um projeto coletivo dentro de uma densa ordem de acontecimentos diversos e convergentes, um espetáculo que ultrapassa o discurso do gremial para redefinir não só a hierarquia dos saberes, como – e sobretudo – a reestruturação da ordem institucional.

Essa reestruturação refere-se tanto às instituições do Estado como a outras formas da vida social que a profissão médica insere na densidade do cotidiano. Como se trata de uma dialética que amarra permanentemente a ordem institucional à fluidez do acontecimento, o historiador se vê exposto a duas situações que se reiteram: por um lado, a sensação de que, no período estudado, 'acontecem coisas demais' e, em conseqüência, que o discurso histórico se torna obsessivamente totalitário, empenhado no afã articulado de tudo abarcar; por outro, a impressão de que a diversidade do real se reduz a três ou quatro imagens repetitivas: o regulamentarismo, a institucionalização, a profissionalização. Trata-se de grandes imagens canônicas que vão se forjando paralelamente à redefinição política de um país que entrou em um violento e profundo processo de mudanças, que optou pela modernidade e que está consciente de que sua missão institucionalizadora deverá enfrentar, em primeiro lugar, a diversidade econômica, política e geográfica – étnica, inclusive.

O modelo médico forjado de 1821 a 1917 foi determinante do conjunto de relações que os profissionais médicos estabeleceram com o Estado, com a população e com os outros saberes médicos. A criação de suas organizações profissionais, o nascimento de seus órgãos de informação, a reorganização de seu saber, a explicitação de sua orientação de serviço, o controle dos integrantes da agremiação, a imposição de sua prática à população e os mecanismos de monopolização com exclusão e controle de outras profissões da área da saúde que se consolidariam no século XX estão dados – daí sua importância – já no século XIX.

Notas

[1] Entre 1607 e 1738, por exemplo, a universidade outorgou apenas 3,35 títulos por ano (Lanning, 1985).

[2] Ver, por exemplo, Archivo Histórico de la Facultad de Medicina, Unam, México, D.F. (doravante, AHFM), Protomedicato, leg. 1; exps. 2 (flebotomista), 3 (cirurgião) e 8 (farmacêutico); 1, 6 e 17 f.; 1758, 1768 e 1786-1787.

[3] Durante o restante do século, inimigos acérrimos em política sentaram-se juntos e debateram amistosamente na Academia. Gabino Barreda, principal responsável pela reorientação da educação pública quando do triunfo dos liberais em 1867, colaborou em trabalhos científicos com Miguel Jiménez, a mais notável figura médica do Império, que preferiu renunciar a sua cátedra na Escuela de Medicina a jurar as Leyes de Reforma (Landa, 1938).

[4] Archivo Histórico de la Secretaría de Salud, México (doravante, AHSSA), salubridad pública, ejercicio de la medicina, caixa 1, exp. 35, f. 1,1841.

[5] Acerca de sociedades médicas e seus órgãos de difusão, se bem que nem todos estejam incluídos, ver Flores (1886) E Barberena Blásquez & Block Iturriaga (1986).

[6] AHSSA, salubridad pública, ejercicio de la medicina, caixa 1, exp. 34, 1 f., 1841.

[7] Ver, por exemplo, AHSSA, salubridad pública, ejercicio de la medicina, caixa 3, exp. 35, 7 f., 1869.

[8] Archivo Histórico de la Universidad Nacional Autónoma de México (doravante, AHUNAM), Escuela Nacional de Medicina, institutos y sociedades médicas, Sociedad Liga de Parteras, caixa 42, exp. 1, f. 1-2.

[9] AHSSA, México, salubridad pública, establecimientos dependientes, Escuela de Enfermeras del Hospital General, caixa 1, exps. 33 y 34; 9 y 2 f; 1902-1903 y 1898.

[10] AHSSA, salubridad pública, establecimientos dependientes, Escuela de Enfermeras del Hospital General, caixa 1, exps. 7, 8 y 18; 6, 37 y 6 f.;1903, 1903-04 y 1904.

[11] Na opinião de Cooper (1980), isso se devia, talvez, à relação da enfermidade, do sofrimento e da morte com a filosofia clerical.

[12] Sobre o papel desempenhado pelas cientistas de outras disciplinas nos projetos de modernização do Estado nacional, consultar Saldaña & Azuela (1996).

[13] Invitatión. El Estudio, 4(49-51):49, 1889.

[14] Sobre os debates acerca deste assunto no Congreso de la Unión, consultar Bazant (1982).

[15] AHSSA, salubridad pública, epidemiología, caixa 3, exp. 5, s/nf.

Fontes Primárias

ARCHIVO HISTÓRICO DE LA FACULTAD DE MEDICINA, Unam, México, D.F. (AHFM) *Protomedicato*, leg. 1; exps. 2 (flebotomista), 3 (cirurgião) e 8 (farmacêutico); 1, 6 e 17 f.; 1758, 1768 y 1786-87.

ARCHIVO HISTÓRICO DE LA SECRETARÍA DE SALUD, México, D.F. (AHSSA) *Salubridad pública*, establecimientos dependientes, Escuela de Enfermeras del Hospital General.

Salubridad pública, establecimientos dependientes, Escuela de Enfermeras del Hospital General.

Salubridad pública, ejercicio de la medicina.

Salubridad pública, epidemiología.

ARCHIVO HISTÓRICO DE LA UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO (AHUNAM) *Escuela Nacional de Medicina*, institutos y sociedades médicas, Sociedad Liga de Parteras.

LEY REGLAMENTARIA de los artículos 4º y 5º constitucionales, relativos al ejercicio de las profesiones en el Distrito y territorios federales. *Diario Oficial*, 26 maio 1945. p.1-9.

Referências Bibliográficas

AGUIRRE BELTRÁN, G. La medicina indígena en el siglo XIX. *México Indígena*, 9:6-7, 1986.

ÁLVAREZ AMÉZQUITA, J. et al. *Historia de la Salubridad y de la Asistencia en México*, II. México, D.F.: SSA, 1960. 4v.

AZUELA, L. F. & CARRILLO, A. M. El juego de la legitimación del saber: la polémica en torno de la institucionalización de la homeopatía en México. CONGRESSO NACIONAL DE FILOSOFÍA, VI, 11 out. 1991, Chihuahua.

BARBERENA BLÁSQUEZ, E. & BLOCK ITURRIAGA, C. Publicaciones periódicas científicas y tecnológicas mexicanas del siglo XIX: un proyecto de bases de datos. *Quipu*, 1:7-26, 1986.

BARREDA, G. La homeopatía o juicio crítico sobre este nuevo sistema. *Revista Positiva*, 17:137-158, 1902.

BARTOLACHE, J. I. Plan de este periódico. In: *Mercurio Volante (1772-1773)*, Introdução e notas de Roberto Moreno. México, D.F.: Unam, 1983a. p. 3-11.

BARTOLACHE, J. I. Lo que se debe pensar de la medicina. *Mercurio Volante (1772-1773)*, Introdução e notas de Roberto Moreno. México, D.F.: Unam, 1983b. p.45-54.

BAZANT, M. La República restaurada y el porfiriato. In: ARCE GURZA, F. et al. *Historia de las Profesiones en México*. México, D.F.: Colmex, 1982. p.128-222.

BLAQUIERE. Prospecto. *Periódico de la Academia de Medicina de México*, 1:3-8, 1836.

CARMONA Y VALLE, M. Algunas consideraciones relativas a la práctica antigua y moderna de la medicina. In: CONGRESO MÉDICO MEXICANO, II, 5-8 nov. 1894, San Luis Potosí. *Memorias...* México, D.F.: Secretaría de Fomento, 1897. p.22-28. 2v.

CARPIO, M. Establecimiento de Ciencias Médicas. *Periódico de la Academia de Medicina de México*, 4:81-86, 1839.

CARRILLO, A. M. Nacimiento y muerte de una profesión: las parteras tituladas en México. *Dynamis*, 19:167-190, 1999.

CARRILLO, A. M. La patología del siglo XIX y los institutos nacionales de investigación médica en México. *LABORAT-acta*, 13:23-31, 2001.

CARRILLO, A. M. *Economía, política y salud pública en el México porfiriano (1876-1910)*. *História, Ciências, Saúde: Manguinhos*, 9(suplemento): 67-87, 2002.

CLAVREUL, J. *El Orden Médico*. Barcelona: Argot, 1983.

COE, R. M. *Sociología de la Medicina*. Madri: Alianza, 1973.

COELLAR, A. Consideraciones sobre el estado actual de la farmacia en México. *La Farmacia*, V(7, 12), VI(1, 2):182-186, 269-277, 13-23 e 31-42, 1896-1897.

CONSEJO SUPERIOR DE SALUBRIDAD. *La Salubridad e Higiene Pública en los Estados Unidos Mexicanos*. México, D.F.: Casa Metodista de Publicaciones, 1910.

COOPER, D. B. *Las Epidemias en la Ciudad de México, 1761-1813*. México, D.F.: IMSS, 1980.

DICTAMEN del Colegio de Medicina a quien consultó la Comisión de Gobernación de la Cámara de Diputados sobre el proyecto de arancel para honorarios de los médicos. *Periódico de la Academia de Medicina de México*, 4:431-435, 1839.

EGEA, G. & RAMIREZ, J. R. Dictamen sobre salubridad. Inhabilidad de los individuos que carecen de título legal para ejercer las profesiones que lo requieren en su ejercicio, según el artículo 3º de la Constitución federal. *El Observador Médico*, 9:132-137, 1874.

EHRENREICH, B. & ENGLISH, D. *Witches, Midwives and Nurses: a history of woman healers*. New York: Writers and Readers, 1984.

EHRMAN, C. & JIMÉNEZ, M. F. Prospecto. *Gaceta Médica de México*, 1:1-2, 1864.

FERNÁNDEZ DEL CASTILLO, F. *Historia de la Academia Nacional de Medicina*. México, D.F.: Fournier, 1956.

FLORES, F. *Historia de la Medicina en México: desde la época de los indios hasta la presente*. México, D.F.: Secretaría de Fomento, 1886. 3v.

FOUCAULT, M. Crisis de un modelo en la medicina. *Medicina Tradicional*, 9:5-18, 1980.

FREIDSON, E. *La Profesión Médica*. Barcelona: Península, 1978.

GARCÍA FERNÁNDEZ et al. *Historia de una Facultad: 1916-1983*. México, D.F.: Unam, 1985.

GONZÁLEZ NAVARRO, M. La vida social. In: COSÍO VILLEGAS, D. (Coord.) *Historia Moderna de México*, III. México, D.F.: Hermes, 1970. 10v.

GRACIA, D. La bioética médica. In: ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD. *Bioética: temas y perspectivas*. Publicación científica 527, Washington, OPS, 1990a. p.3-7.

GRACIA, D. ¿Qué es un sistema justo de servicios de salud? Principios para la asignación de recursos escasos. In: ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD. *Bioética: temas y perspectivas*. Publicación científica 527, Washington, OPS, 1990b. p.187-201.

HABERMAS, J. La ciencia y la tecnología como ideología. In: BARNES, B. et al. *Sociología de la Ciencia*. Madri: Alianza Universidad, 1980. p.344-364.

LANDA, E. *El Establecimiento de Ciencias Médicas: su influencia notoria sobre el adelanto de la medicina en México*. México, D.F.: Livro do Centenário do Estabelecimento das Ciências Médicas, 1938.

LANNING, J. T. *The Royal Protomedicato: the regulations of the medical profession in the Spanish Empire*. Durkham: Duke University Press, 1985.

LEÓN, N. El quincuagenario de la Academia Nacional de Medicina. *Gaceta Médica de México*, 10(3):293-301, 1914.

LICEAGA, C. Discurso pronunciado por el director del establecimiento. *Periódico de la Academia de Medicina de Mégico*, 4:87-88, 1839.

MARTÍNEZ BENÍTEZ, M. M. et al. *Sociología de una Profesión: el caso de la enfermería*. México, D.F.: Nuevomar, 1985.

MESA Y GUTIÉRREZ, J. Contribution to the study of problems of national and international sanitary legislation. *Public Health Papers and Report. XXXIV Annual Meeting*. México City, XXXII. Chicago: *The Journal of Infectious Diseases*: 30-37, 1907.

MORENO CUETO, E. et al. *Sociología Histórica de las Instituciones de Salud en México*. México, D.F.: IMSS, 1982.

MURIEL, J. *Hospitales de la Nueva España*. México, D.F.: Unam, Cruz Roja Mexicana, 1991. 2v.

PATIÑO, F. La libertad de profesiones. *La Escuela de Medicina*, 14:161-165, 1881.

QUIJANO, A. Dos palabras a propósito de las parteras y su reglamento. *La Medicina Científica*, 11:175, 1892.

R. A. Errores populares relativos a la medicina: charlatanes. *Periódico de la Academia de Medicina de México*, V(3):121-134, 1841.

REGLAMENTO al que deberán sujetarse las parteras em el ejercicio de su profesión. *La Medicina Científica*, 11:168-169, 1892.

RÍO DE LA LOZA, L. Acta de la sesión inaugural de la Academia de Medicina de México (1851). *Periódico de la Academia de Medicina de México*, 1:2-3, 1852.

SALDAÑA, J. J. La ciencia y el Leviatán mexicano. *Actas de la Sociedad Mexicana de Historia de la Ciencia y la Tecnología*, I. México, D.F., 1989. p.37-52.

SALDAÑA, J. J. & AZUELA, L. F. De amateurs a profesionales: las sociedades científicas mexicanas del siglo XIX. *Quipu*, 2:35-172, 1996.

SHRYOCK, R. H. *Medicine and Society in America, 1660-1860*. Itahaca: Cornell University Press, 1984.

SOMOLINOS D'ARDOIS, G. *Historia y Fundación de la Academia de Medicina y su Tiempo*. México, D.F.: Academia Nacional de Medicina, 1964.

SOSA, S. Deberes del médico. *El Estudio*, 15:225-226, 1889.

STARR, P. *La Transformación Social de la Medicina en los Estados Unidos de América*. México, D.F.: FCE, 1991.

TRABULSE, E. Introducción. In: *Historia de la Ciencia en México*, I. México, D.F.: FCE, 1992. p.15-201. 5v.

ZIMBRÓN LEVY, A. & FEINGOLD STEINER, M. *Breve Historia de la Odontología en México*. Cuernavaca: CRIM, Unam, 1990.

ZOLLA, C. et al. *Medicina Tradicional y Enfermedad*. México, D.F.: CIESS, 1988.

DISSERTAÇÃO

Cadeira de Hygiene e mesologia

A VEHICULAÇÃO MICROBIANA PELAS AGUAS

PROPOSIÇÕES

Tres sobre cada cadeira da Faculdade

THESE

APRESENTADA Á

FACULDADE DE MEDICINA DO RIO DE JANEIRO

Em 8 de Novembro de 1892

E perante ella defendida (sendo **approvada com distincção**) a 24 de Dezembro de 1892

POR

OSWALDO GONÇALVES CRUZ

Doutor em sciencias medico-cirurgicas pela mesma Faculdade, auxiliar do Instituto Nacional de Hygiene (Estudos de Microbiologia), antigo interno do Hospital da Misericordia, ex-ajudante de preparador interino da Cadeira de Hygiene

FILHO LEGITIMO DO

Dr. Bento Gonçalves Cruz e de D. Amalia de Bulhões Cruz

NATURAL DE S. PAULO

RIO DE JANEIRO

Typographia da PAPELARIA E IMPRESSORA (S. A.) Successora de Carlos Gaspar da Silva

111 e 113 RUA DA QUITANDA 111 e 113

1893

Tese de Doutoramento de Oswaldo Cruz *A veiculação microbiana pelas águas*, defendida em 1892. Acervo da Biblioteca de Manguinhos, Fundação Oswaldo Cruz.

Febre Amarela e a Instituição da Microbiologia no Brasil

Jaime Larry Benchimol

Em fins do século XIX, médicos da Europa e da América puseram em circulação diversas teorias sobre a etiologia microbiana da febre amarela. As controvérsias que motivaram constituem uma via privilegiada para o estudo da revolução pasteuriana em seus cenários periféricos. Com a descoberta das vacinas contra o cólera das galinhas e o carbúnculo por Pasteur – escreve François Delaporte (1989) –, a doutrina parasitária transforma-se, na percepção dos contemporâneos, em prática salvadora da humanidade. A consciência de que se vive uma revolução logo alcança o Novo Mundo, onde "rapidamente os estudos relacionados à febre amarela passam a gravitar em torno do parasitismo". A ênfase nas vacinas serve para destacar, a um só tempo, a motivação dos médicos sul-americanos – "cada um sonhava impor-se como o Pasteur dos trópicos" – e a vulnerabilidade de seus trabalhos: "A esperança de obter vírus atenuados explica a rapidez com que darão corpo ao germe amarílico" (Delaporte, 1989:77-79).

Será que a perspectiva parasitária predomina tão rápido nas cidades americanas então consideradas os focos difusores da doença no continente – Veracruz, no México, Havana, em Cuba, e Rio de Janeiro? Nesta última, a transição foi bastante problemática. Os médicos que implementaram o programa da nova ciência tiveram de lutar em duas frentes: numa, para obter o reconhecimento das instituições hegemônicas no cenário internacional; na outra, para conquistar lugar e legitimidade para esse programa no cenário interno, ainda dominado por paradigmas que conferiam grande força de inércia às instituições, mentalidades e práticas sociais. Pretendo mostrar que a ciência dos micróbios converteu-se no pólo mais dinâmico da medicina brasileira em larga medida por obra de postulantes de teorias que acabaram sendo desqualificadas nos fóruns internacionais. Isso implica retificar o juízo negativo que os historiadores fazem desses atores, endossando representação subjacente às controvérsias em curso à época em que suas teorias circulavam: de um lado, médicos entusiásticos porém mal preparados; de outro, só sábios que dominavam perfeitamente as teorias e práticas científicas.

As descobertas, diz Margaret Warner (1985), eram julgadas segundo dois conjuntos interligados de critérios, que provinham de duas tradições diferentes: a bacteriologia e a epidemiologia. No campo da bacteriologia, confrontavam-se laboratórios que disputavam teorias rivais acerca do germe, e que não apenas endossavam e fortaleciam os postulados de Koch, como estavam mais ou menos aparelhados para implementá-los. No outro campo,

encontravam-se os clínicos e higienistas que não tinham familiaridade com a bacteriologia, e que precisavam ser convencidos de sua relevância. A disputa, aqui, concernia à compatibilidade das soluções propostas para os enigmas da febre amarela com os corpos empírico-conceituais já existentes na epidemiologia e clínica. As fontes primárias impõem um terceiro campo relevante. As controvérsias científicas a propósito da etiologia, tratamento e profilaxia da febre amarela, assim como de outras doenças infecciosas, extravasavam as instituições médicas. Transcorriam na imprensa diária e em foros em que atores 'profanos' intervinham ativa ou passivamente no desenrolar e, às vezes, no próprio desfecho das controvérsias.

Interpretações sobre as Origens da Microbiologia no Brasil

Durante muito tempo, a historiografia médica brasileira, de cunho positivista, elegeu dois marcos fundamentais para balizar a instituição da microbiologia no país: as chamadas Escola Tropicalista Baiana e Escola de Manguinhos, separadas por quase meio século de reinado de uma medicina atrasada, pré-científica, que teria se limitado a absorver, acriticamente, os tratados de medicina e higiene europeus. O nome Escola Tropicalista Baiana foi cunhado em 1952 por Antonio Caldas Coni para designar o grupo de médicos que se organizou à margem da Faculdade de Medicina, na antiga capital do Brasil-Colônia, veiculando suas idéias por meio da *Gazeta Médica da Bahia*, periódico por eles fundado em 1866. Coni buscava os precursores do conhecimento médico vigente à sua época e, por isso, destacou só os trabalhos 'bem-sucedidos' daquele grupo que relacionavam certas doenças a parasitos.[1]

Peard (1996, 1992) mostrou que os tropicalistas permaneceram na fronteira entre o paradigma miasmático/ambientalista e a teoria dos germes. Preocupada em refutar a idéia preconceituosa de que a medicina brasileira era imitação da européia, enfatizou, sobretudo, o afã do grupo de produzir investigações originais sobre as patologias nativas daquela parte da 'zona tórrida', bem como suas posições independentes em relação à medicina acadêmica européia e ao *establishment* médico local. Mais recentemente, Edler (1999) desenhou as ramificações institucionais e cognitivas da geografia médica no período, mostrando que os baianos eram parte de um empreendimento global, e que o fermento experimental agia, também, no Rio de Janeiro, no âmbito de instituições não tão conservadoras quanto faziam crer Coni e Peard.

As idéias liberais e cientificistas, o interesse pelo positivismo e o evolucionismo compartilhados pelo grupo estavam se difundindo entre as camadas médias emergentes em Salvador e em outros centros urbanos do país. Segundo Peard (1996, 1992), foi o novo modelo científico, que deslocava a atenção do meio ambiente para etiologias parasitárias específicas, que deu clara identidade aos tropicalistas baianos. Essa identidade adveio, principalmente, das pesquisas de Otto Wucherer sobre a ancilostomíase e a filariose.

Edler mostrou que os tropicalistas faziam parte de uma rede informal de médicos geograficamente isolados nos domínios coloniais europeus, com interesse crescente pelo papel dos parasitos como produtores de doenças. Correspondiam-se, trocavam espécimes, mantinham-se ao corrente dos estudos de cada um por intermédio de periódicos, livros e encontros ocasionais durante as viagens à Europa. Os baianos interagiam com Casimir Davaine, Theodor Bilharz, Wilhelm Griessinger, Rudolph Leuckart, Spencer T. Cobbold, Le Roy Mericourt, Joseph Bancroft, Patrick Manson, nomes, enfim, que meio século depois iriam compor o panteão da medicina tropical.

Peard enfatizava o antagonismo entre os integrantes baianos dessa rede e os médicos da capital do império, encastelados na Academia e na Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro. Enquanto estes encaravam o progresso como imitação da ciência e das instituições européias, os tropicalistas baianos investigavam a singularidade das doenças nos trópicos, a influência do clima sobre as raças e sobre a geração ou multiplicação de miasmas e germes. Queriam saber se os europeus podiam se aclimatar nesse ambiente adverso, e se era possível neutralizá-lo com políticas sociais progressistas e condutas médicas e higiênicas racionais. A busca de patologias e, por conseqüência, de uma medicina nacional implicava a refutação da crença de que os trópicos eram irremediavelmente malsãos, degenerativos, impermeáveis à civilização européia. Edler (1999) rejeita a suposta irredutibilidade entre os modelos de conhecimento dos médicos da Bahia e os do Rio de Janeiro. Mostra que esses estavam imbuídos da mesma preocupação em criar um conhecimento original sobre as doenças da nação recém-constituída. Por intermédio das sociedades e periódicos que haviam criado, defendiam, também, a necessidade de investigar as patologias nativas, e tinham a mesma preocupação de reabilitar a imagem e as perspectivas daquele império escravocrata encravado nos trópicos.[2]

Segundo Peard (1996, 1992), os tropicalistas baianos deixaram de existir, como grupo, em meados da década de 1880, quando foram absorvidos pelo *establishment* médico e pelas lutas políticas que resultaram na extinção da escravidão (1888) e na queda da monarquia (1889). Não teriam conseguido institucionalizar seu precoce programa de pesquisas de maneira a formar discípulos que dessem continuidade a ele. Edler (1999) documenta a ascensão profissional dos principais integrantes do grupo, sobretudo daqueles que se transferiram para o Rio de Janeiro. Mostra que continuaram envolvidos com as pesquisas em parasitologia helmíntica nos anos 1880 e 1890 e que, à frente de periódicos, de cadeiras na faculdade e de cargos políticos e honoríficos, puderam, sim, influenciar a nova geração de médicos formados na última década do século.

Peard vê quase total descontinuidade entre a Escola Tropicalista e a que Oswaldo Cruz criaria 20 anos depois; Edler vê um remanso de consagrações institucionais interligando as duas. Eu pretendo mostrar que nesse intervalo transcorreu um processo denso e conflitivo, envolvendo novos atores e novas doenças, principalmente a febre amarela.

Os Caçadores do Micróbio da Febre Amarela

O mais controvertido ator foi, com certeza, Domingos José Freire. Tendo iniciado a carreira médica como cirurgião na Guerra do Paraguai (1864-1870), obteve depois a cátedra de química orgânica na Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro. Viajou, então, para a Europa, e durante o tempo em que lá permaneceu (1874-1876), enviou à congregação da faculdade quatro relatórios contendo um inventário arguto dos progressos em curso na química, biologia e medicina, bem como um mapa detalhado do ensino médico nos países que visitou: Bélgica, Áustria, França, Alemanha, Suíça e Rússia. Os relatórios estavam em sintonia com o espírito que presidiu a reforma do ensino médico no Rio de Janeiro (1880-1889): ênfase na ciência experimental e no ensino prático em laboratório (Edler, 1992, 1996; Santos Filho, 1991). Além de ser um dos mentores intelectuais da reforma, Freire integrou a comissão incumbida de redigir a lei que a instituiu. Dos vários laboratórios criados então, o que deu a floração experimental mais exuberante foi o seu, o de química orgânica.

"Ano de mangas, ano de febre amarela", costumavam dizer os cariocas, expressando em linguagem coloquial a relação que os médicos estabeleciam entre calor, umidade e epidemias. Em dezembro de 1879, quando as

ruas e casas do Rio de Janeiro reverberavam o sol inclemente da 'estação calmosa', ou submergiam debaixo de suas chuvas torrenciais, Freire anunciou pelos jornais a descoberta de um germe que julgava ser o causador da febre amarela. Propôs, também, um remédio mais eficaz contra a doença: injeções subcutâneas de salicilato de soda, um anti-séptico e antipirético que a indústria alemã fabricava em grande quantidade. As controvérsias a respeito do germe e do germicida envolveram médicos convencidos de que a febre amarela era produto de miasmas, de algum outro envenenamento químico ou ainda de fermentos inanimados; alopatas e homeopatas que propunham tratamentos rivais; doentes que os endossavam ou criticavam e cronistas que escreviam com muito humor sobre as experiências feitas pelos médicos na capital brasileira.

No primeiro semestre de 1883, Domingos Freire desenvolveu a vacina contra a febre amarela com o *Cryptococcus xanthogenicus*, uma planta microscópica cuja virulência ele atenuou por meio de técnicas recém-concebidas por Pasteur. Excetuando-se a anti-variólica, não havia outro profilático dessa natureza para doenças humanas. O médico espanhol Jaime Ferrán desenvolveria vacina igualmente controvertida contra o cólera, em 1883-1885 (Bornside, 1991). As realizações de Pasteur nessa área restringiam-se ainda às vacinas contra o cólera das galinhas (1880) e o antraz ou carbúnculo hemático (1881). Seu ingresso nas patologias humanas, com a vacina anti-rábica, envolveria complexas injunções sociotécnicas só superadas em 1886, como mostram, entre outros, Geison (1995), Debré (1995) e Salomon-Bayet (1986).

Uma crise envolvendo a aplicação da vacina antivariólica na Bahia catapultou Freire à presidência da Junta Central de Higiene Pública, em fins de 1883, tornando, assim, mais fácil a difusão de sua vacina contra a febre amarela pelos cortiços do Rio de Janeiro.[3] A surpreendente receptividade que teve primeiro entre os imigrantes, depois entre os nativos deveu-se ao medo que a doença inspirava e, também, ao apoio dos republicanos e abolicionistas aos quais Freire era ligado. Nas imprensas médica e leiga e na Academia Imperial de Medicina houve reações contraditórias, especialmente depois que a vacina recebeu o apoio tácito do imperador D. Pedro II e a entusiástica adesão de um 'discípulo' de Pasteur, Claude Rebourgeon, veterinário francês contratado pelo governo brasileiro para iniciar no Rio Grande do Sul a produção da vacina animal contra a varíola. Rebourgeon apresentou a descoberta de Freire às academias de Medicina e das Ciências

de Paris (Freire & Rebourgeon, 1884), onde obteve reações favoráveis de personagens importantes da medicina francesa, como o patologista Alfred Vulpian e o veterinário Henry Bouley.[4]

Pelo menos 12.329 imigrantes e nativos do Rio de Janeiro e de outras cidades brasileiras foram inoculados com a vacina de Freire entre 1883 e 1894. Durante esses anos, ele publicou estatísticas bastante sofisticadas em comparação com os métodos quantitativos usados na época para aferir a eficácia de outros remédios e vacinas. Igualmente importante para explicar o alcance geográfico e a longevidade da vacina de Freire é a trama cada vez mais densa de relações que o enredam a interesses coloniais e comerciais, a outros caçadores de micróbios, a associações médicas e científicas e a autores de tratados que sistematizavam resultados alcançados pela bacteriologia.

O mexicano Manoel Carmona y Valle era o mais notório rival do bacteriologista brasileiro. O *Micrococcus tetragenus* de Carlos Juan Finlay foi concebido como alternativa à alga de Freire, e os dois pesquisadores se corresponderam à época em que o cubano usava mosquitos previamente infectados em amarelentos como imunizantes vivos contra a doença (Finlay, 1965). A vacina de Freire alcançou Porto Rico, Jamaica, as Guianas e outras colônias da França (Benchimol, 1999).

Em sua segunda viagem à Europa (dez.1886-jul.1887), Freire submeteu duas comunicações à Academia de Ciências de Paris, em co-autoria com Rebourgeon e Paul Gibier, um pesquisador do Museu de História Natural daquela cidade (Freire, Gibier & Rebourgeon, 1887a, 1887b). O bacteriologista brasileiro foi recebido na Sociedade de Biologia, na Academia de Medicina e na Sociedade de Terapêutica Dosimétrica (Freire, 1887). Esses e outros fatos ocorridos na capital francesa repercutiram com força na capital brasileira e, ao regressar a ela, Freire foi recebido como o herói da 'ciência nacional' por estudantes e professores das escolas técnicas e superiores do Rio de Janeiro, Minas Gerais e São Paulo, jornalistas de diversos periódicos, ativistas dos clubes republicanos e sociedades abolicionistas. Semanas depois, viajava para Washington, para participar do IX Congresso Médico Internacional, que aprovou resolução recomendando sua vacina à atenção de todos os países afetados pela febre amarela.[5]

Domingos Freire empataria o capital simbólico auferido nessas viagens nas polêmicas que iria sustentar nos anos 1890, período durante o qual as expectativas despertadas entre personalidades e instituições

estrangeiras retrocederam para o silêncio complacente ou a condenação formal. A vazante começou com a conversão de Paul Gibier à hipótese de Koch e Le Dantec, de que a febre amarela era causada por bacilo similar ao do cólera. George Sternberg, presidente da American Public Health Association e, mais tarde, Surgeon General, dos Estados Unidos, produziu então o mais consistente e demolidor inquérito sobre as teorias e vacinas em voga no continente, ao mesmo tempo que buscava evidências em favor do bacilo X, o suposto agente da febre amarela (United States Marine Hospital Service, 1890). O Instituto Pasteur, que mantivera prudente reserva, corroborou o inquérito norte-americano (Andrade, 1890). Segundo os autores que escreveram sobre a história da doença, o relatório de Sternberg foi aceito pela comunidade científica internacional como prova de que os sul-americanos haviam fracassado em suas tentativas de isolar o micróbio e produzir uma vacina eficaz. Contudo, outras fontes mostram que o norte-americano conduziu de forma inábil sua investigação no Rio de Janeiro, ajudando a robustecer o prestígio de Domingos Freire entre os nacionalistas, positivistas e republicanos.

Paradoxalmente, o apogeu da carreira de Freire engendraria uma contradição fatal para sua vacina. À medida que as camadas médias urbanas aderiam a ela, entusiasticamente, mais vulnerável se tornava às críticas dos adversários, já que se ampliava a defasagem estatística entre a população vacinada – nativos, negros e imigrantes já 'aclimatados', considerados imunes à febre amarela – e a população dos suscetíveis à doença, constituída principalmente pelos imigrantes recém-chegados. As mudanças na composição social dos vacinados estão relacionadas a mudanças na forma pela qual a vacina se difundia. Numa época de crescente pessimismo em relação aos remédios para a febre amarela, e de ceticismo quanto à viabilidade do saneamento do Rio de Janeiro, aquele produto biológico se tornava componente muito bem-vindo na relação dos clínicos com seus pacientes, e dos estabelecimentos filantrópicos com seus destituídos. A deposição do governo monárquico e a proclamação da República, em novembro de 1889, aconteceram em meio a uma epidemia muito grave, e enquanto o novo governo negociava a federalização dos serviços de saúde, a vacina de Domingos Freire transformou-se em instituição governamental.

No Brasil, seu principal competidor era João Batista de Lacerda, um médico que deixou registro mais duradouro na historiografia por suas pesquisas em fisiologia e antropologia. Sua vida profissional transcorreu quase

integralmente no Museu Nacional do Rio de Janeiro, de que foi diretor por longo tempo (1895-1915). Lacerda e Freire iniciaram as investigações sobre a febre amarela simultaneamente, no verão de 1879-1880, mas o primeiro logo conquistou notoriedade em virtude de outra pesquisa: em 1881 anunciou que as injeções de permanganato de potássio constituíam antídoto eficaz contra a peçonha das cobras (e possivelmente, também, contra os 'vírus', isto é, os venenos então associados à febre amarela e outras doenças). Duas a três décadas depois, o Instituto Butantã teria grande trabalho para desalojar o antídoto de Lacerda, amplamente utilizado pelos clínicos brasileiros, em proveito dos soros antiofídicos desenvolvidos por Vital Brazil.[6]

Em 1883, quando Freire ultimava a preparação de sua vacina, Lacerda incriminou outro micróbio como o verdadeiro agente da febre amarela. Seu *Fungus febris flavae* e microrganismos similares descritos na época tinham uma característica em comum: o polimorfismo, isto é, a capacidade de mudar de forma e função por influência do meio, sobretudo dos fatores climáticos. Zoólogos, botânicos e bacteriologistas tinham opiniões conflitantes a esse respeito. Pasteur e Koch consideravam o polimorfismo incompatível com a especificidade etiológica e com procedimentos experimentais rigorosos, mas outros investigadores reconheciam esta propriedade nos fungos, algas e bactérias que estudavam. A questão tinha a ver com os debates sobre a evolução e, também, com os problemas relacionados à classificação dos 'infinitamente pequenos'. Ela ainda era precária, e o termo genérico 'micróbio' acabara de ser cunhado com o propósito, justamente, de contornar as confusas categorias taxonômicas usadas nos textos científicos da época, que prejudicavam a discussão da teoria dos germes entre os não especialistas, inclusive entre os clínicos e higienistas (Benchimol, 1999).

Além de estabelecer uma relação de continuidade entre os paradigmas ambientalista e pasteuriano, o polimorfismo legitimava dois argumentos: a febre amarela era um campo de investigações acessível apenas a cientistas americanos, pois só aí, nesse meio particular, a doença e seu agente se manifestavam com as características típicas; conseqüentemente, laboratórios europeus teriam dificuldade em observar e, portanto, corroborar fenômenos descritos em laboratórios americanos. O polimorfismo foi o cimento utilizado por Lacerda (1891) para compor sua mais abrangente teoria sobre 'O micróbio patogênico da febre amarela', apresentada à Academia

Nacional de Medicina e ao Congresso Médico Pan-americano em 1892-1893, à época em que George Sternberg divulgava os resultados finais de seu inquérito. A tábula rasa criada pelo norte-americano no campo então atulhado de fungos e algas abria caminho aos bacilos que iriam competir pela condição de agente causal da febre amarela nos anos 1890. O panteísmo microbiano de Lacerda operava em sentido contrário: todas as descrições produzidas até então dariam conta apenas de diferentes fases ou formas de um fungo extremamente proteiforme.

Os trabalhos de Sternberg e Lacerda mostram que as técnicas da bacteriologia, os instrumentos e conceitos utilizados na exploração do mundo microbiano estavam progredindo rápido à medida que os anos 1880 cediam lugar aos 1890. Isso ajudava a erodir teorias estabelecidas, a mudar não apenas a visão mas também o ponto de vista daquele estranho universo de seres vivos.

Naqueles mesmos anos, em meio aos desafios sanitários sem precedentes enfrentados pela sociedade brasileira, uma nova geração de bacteriologistas despontou em conflito aberto com os mestres que a haviam introduzido à teoria dos germes. Francisco Fajardo, Eduardo Chapot Prévost, Carlos Seidl, Oswaldo Cruz e outros médicos recém-formados haviam passado pelo laboratório de Freire. Os 'discípulos' colidiram com ele quando seus amigos republicanos galgaram o poder e o nomearam diretor do Instituto Bacteriológico Domingos Freire, instituição federal com atribuições tão amplas quanto aquelas conferidas pelo governo de São Paulo ao Instituto Bacteriológico criado concomitantemente naquele estado (Benchimol, 1999). A direção do instituto paulista foi entregue inicialmente a Félix Le Dantec, que logo regressou à França com os materiais que recolhera para estudar a febre amarela. Seu sucessor, Adolfo Lutz, era um cientista versátil que já trazia considerável bagagem de experiências não apenas em clínica e bacteriologia como em helmintologia, entomologia e outras disciplinas que logo conformariam a chamada medicina tropical. "Naturalista genuíno da velha escola darwiniana", como o qualificou Arthur Neiva (1941:11), Lutz foi, no Brasil, um dos mais importantes elos entre a Escola Tropicalista Baiana e a medicina pós-mansoniana.

Nascido no Rio de Janeiro, em 1855, de pais suíços, diplomou-se em medicina em Berna, em 1879, estagiando depois em laboratórios da França, Inglaterra e Alemanha, onde conheceu Louis Pasteur, Joseph Lister, introdutor da assepsia cirúrgica, e Rudolph Leuckart, um dos fundadores

da moderna parasitologia. De 1882 a 1886, Lutz exerceu a clínica no interior de São Paulo e publicou em revistas alemãs diversos trabalhos importantes sobre parasitos do homem e de animais. Seu estudo fundamental sobre o *Ankylostoma duodenale*, publicado em Leipzig (1885), depois nos dois primeiros volumes de *O Brazil Medico* (1887, 1888), por fim, em forma de livro (Lutz, 1888), pôs a agenda de pesquisa helmintológica inaugurada por Wucherer, na Bahia, em sintonia com o arsenal teórico e metodológico dos microbiologistas e zoólogos europeus. Os estudos sobre a lepra e seu micróbio levaram Adolfo Lutz a viajar de novo para a Alemanha. Em Hamburgo, trabalhou com o já célebre dermatologista Paul Gerson Unna, que o indicou às autoridades norte-americanas para dirigir o leprosário da ilha Molucai, no Havaí. Durante o tempo em que lá permaneceu (fins de 1889 a 1891), iniciou os estudos sobre moluscos que mais tarde seriam de grande proveito para as suas pesquisas sobre o *Schistosomum mansoni*. Quando foi fundado o Instituto Bacteriológico de São Paulo, em julho de 1892, Lutz foi nomeado seu subdiretor, assumindo sua direção plena em março de 1893 (Corrêa, 1992; Silva, 1992; Lacaz, 1966).

São conhecidas as polêmicas que Lutz travou com os clínicos locais a propósito de febres que estes chamavam por diversos nomes, atribuindo-as às condições telúricas locais, e que Lutz diagnosticava como febre tifóide, baseando-se na identificação do bacilo descoberto por Eberth em 1880. As chamadas 'febres paulistas' levaram-no a empreender o primeiro inquérito epidemiológico sobre a malária em São Paulo, ao mesmo tempo que, no Rio de Janeiro, Francisco Fajardo, Chapot Prévost, Benedito Ottoni e Oswaldo Cruz investigavam o hematozoário que o médico militar francês Charles Louis Alphonse Laveran encontrara nos glóbulos sanguíneos de doentes, na Argélia, em 1880 também (*Oscillaria malariae*, depois denominado *Plasmodium malariae)*. Apesar de a disenteria e a surra (doença animal) terem sido relacionadas já a protozoários, não havia provas conclusivas de que tais animais unicelulares causassem doença humana importante. A demonstração de uma etiologia dessa natureza era dificultada pela complexidade dos ciclos de vida dos animais desse sub-reino, a ausência de um sistema de classificação preciso e a dificuldade de se obterem meios artificiais para seu cultivo. Nos anos seguintes, Camillo Golgi, Ettore Marchiafava e outros investigadores elucidariam o ciclo de reprodução vegetativa das células; sua multiplicação no sangue por esporulação e o aparecimento da febre; a presença de três variedades do parasito no organismo humano,

responsáveis pelas febres quartã, terçã e irregular ou perniciosa (Busvine, 1993; Harrison,1978).

Pois bem, o primeiro trabalho 'original' publicado pelo Instituto Bacteriológico Domingos Freire transformou o inventor da vacina contra a febre amarela em adversário de Adolfo Lutz e dos jovens bacteriologistas do Rio de Janeiro, trazendo para o Brasil uma controvérsia que há anos lavrava na Europa. Freire identificou no interior de São Paulo a 'febre biliosa dos países quentes', classificando-a como modalidade de malária causada por bacilo similar àquele descrito em 1879 pelos principais adversários de Laveran, os bacteriologistas Edwin Klebs e Corrado Tommasi-Crudeli (*Bacillus malariae*) (Institut Bactériologique Domingos Freire, 1892). Fajardo e seu grupo, no Rio, e Lutz, em São Paulo, trocavam cartas e preparados biológicos com o bacteriologista francês e com Camilo Golgi. Com seu auxílio, Fajardo (1892-1893) contestou o argumento de Freire, calcado na geografia médica francesa, segundo o qual a diversidade de climas acarretava diversidade de 'espécies infecciosas' e, conseqüentemente, de microrganismos patogênicos, uma 'lei biológica' que excluiria a suposta universalidade do hematozoário de Laveran e da própria malária.

Esse foi apenas um dos episódios do conflituoso processo transcorrido nos anos 1890, envolvendo diversos atores sociais em desacordo sobre o diagnóstico, a profilaxia e o tratamento de doenças que grassavam epidemicamente nos centros urbanos do Sudeste brasileiro já convulsionado pelo colapso da escravidão, a enxurrada imigratória, as turbulências políticas decorrentes da proclamação da República e as turbulências econômicas associadas à crise do café e a nossa revolução industrial 'retardatária'.

Outro episódio bem documentado pela historiografia brasileira foi a chegada da peste bubônica a Santos, em 1899, e as controvérsias suscitadas pelo diagnóstico feito por Lutz, Vital Brazil, Chapot Prévost e Oswaldo Cruz, e contestado pelos clínicos e comerciantes daquela movimentada cidade portuária, que escoava grande parte da produção cafeeira do Brasil (Telarolli Jr., 1996; Antunes et al., 1992). A chegada da peste acarretou a criação dos institutos soroterápicos de Butantã e de Manguinhos. O primeiro, chefiado por Vital Brazil, logo iria se desprender do Instituto Bacteriológico de São Paulo, singularizando-se pelos trabalhos fundamentais na área do ofidismo. Oswaldo Cruz assumiu a direção técnica do Instituto Soroterápico Federal, inaugurado no Rio de Janeiro em julho de 1900, cargo que o levaria à direção da Saúde Pública três anos depois (Benchimol & Teixeira, 1993).

Sua primeira experiência importante, porém, como bacteriologista a serviço da saúde pública, ocorreu com a epidemia de cólera, que irrompeu em 1894 no vale do Rio Paraíba, a coluna vertebral da economia cafeeira. Os laudos produzidos nos laboratórios que Oswaldo Cruz, Francisco Fajardo e Chapot Prévost mantinham em suas próprias residências, e no laboratório público paulista, identificando a presença do bacilo vírgula no vale do Paraíba, municiaram o rigoroso programa de desinfecções, isolamento e quarentenas implementado em cidades, portos e estações ferroviárias do Rio de Janeiro, São Paulo e Minas Gerais.

Como chefe de um instituto oficial, também, Domingos Freire apoiou os adversários do cólera e da intervenção federal. Com seu laudo, respaldou os clínicos interioranos que diagnosticavam diarréias determinadas por fatores locais, contestando a presença do bacilo de Koch. O principal oponente de Koch na Europa era Max von Pettenkofer. A teoria do higienista bávaro sobre o papel crucial das condições climáticas e, sobretudo, telúricas na ativação ou inatividade dos germes do cólera e de outras doenças exercia considerável influência não apenas sobre a questão sanitária do vale do Paraíba mas também sobre a compreensão da febre amarela, já que permitia explicar o caráter sazonal e a especificidade geográfica da doença. Segundo a *boden theorie* (teoria do solo) de Pettenkofer, para que ocorresse uma epidemia, eram necessários quatro fatores: além do germe, determinadas condições relativas ao lugar, ao tempo e aos indivíduos. Por si só, o germe não causava a doença, o que excluía o contágio direto. A suscetibilidade individual era importante, mas ela e o germe, sozinhos, tampouco engendravam a doença. Variáveis relacionadas ao clima e principalmente ao solo eram indispensáveis para explicar tanto os acometimentos como as imunidades de indivíduos e regiões: elas agiam sobre o germe, que amadurecia e se transformava em matéria infectante, de maneira análoga à transformação da semente em planta (Hume, 1925).

Para os partidários de Pettenkofer no Rio de Janeiro, a insalubridade urbana deitava raízes no 'pântano abafado' que existia debaixo da cidade, repleto de matéria orgânica em putrefação; quando exposto às oscilações do lençol d'água subterrâneo, durante os verões chuvosos, ativavam-se os germes lá depositados e eclodiam as epidemias (Benchimol,1999; Hume, 1925). O saneamento do solo e a drenagem do subsolo do Rio de Janeiro foram, assim, as medidas consideradas mais urgentes dentre aquelas votadas no Segundo Congresso Nacional de Medicina e Cirurgia, em 1889, para suprimir as epidemias que devastavam a capital brasileira. Em 1892,

Floriano Peixoto, chefe do governo republicano provisório, tentou contratar Pettenkofer para que arrancasse a febre amarela do solo da cidade. Foram sondados, também, Émille Duclaux, sucessor de Pasteur na direção do instituto parisiense; Rubner, diretor do Instituto de Higiene de Berlim; Friedrich Löffler, descobridor do bacilo da difteria, e o engenheiro sanitário Edmund Alexander Parkes, autor de um conhecido *Manual of Practical Hygiene* (1864), baseado na experiência por ele adquirida no saneamento de cidades inglesas e localidades indianas (Worboys, 1996).

Dois anos após a crise do cólera no vale do Paraíba, houve nova safra de descobertas que incriminavam bacilos como os agentes da febre amarela. Seus autores propunham, agora, profiláticos similares aos soros antitetânico e antidiftérico recém-desenvolvidos por Emil von Behring, Shibasaburo Kitasato e Émile Roux, e cuja tecnologia fora por este apresentada ao 8º Congresso Internacional de Higiene e Demografia, realizado em Budapeste, em setembro de 1894. O personagem mais importante do novo ciclo de descobertas concernentes à febre amarela era Giuseppe Sanarelli, experiente bacteriologista italiano que trabalhara com Golgi, em Pavia, e Metchnikoff, no Instituto Pasteur, antes de ser contratado pelo governo uruguaio para implantar a higiene experimental em Montevidéu. Com o auxílio dos jovens bacteriologistas do Rio de Janeiro, pôs-se imediatamente no encalço do micróbio da febre amarela, e em concorrida conferência na capital uruguaia, em junho de 1897, anunciou a descoberta do bacilo icteróide. Meses depois, iniciou em São Paulo os testes de campo de um soro curativo. Seus lances rápidos obrigaram outros bacteriologistas brasileiros a destamparem os resultados parciais ou finais alcançados no mesmo território de pesquisa.[7]

A opinião pública do Rio de Janeiro e de outras cidades já assimilara a noção de que a febre amarela era causada por um dos micróbios inscritos na agenda do debate científico ou, quem sabe, não descoberto ainda. O relativo consenso fundamentado na teoria miasmática a respeito do que se devia fazer para higienizar portos como o Rio de Janeiro deu lugar a um impasse, e a candentes controvérsias sobre os elos que deviam ser rompidos na cadeia da insalubridade urbana. As escolhas variavam conforme os hábitats e necessidades específicas de cada germe incriminado, e o ponto de vista dos vários atores sociais interessados na reforma do espaço urbano.

A nova safra de germes da febre amarela foi recebida com exasperação pelas categorias sociais e profissionais que pressionavam pelo tão esperado saneamento do Rio de Janeiro. A incapacidade dos médicos de decidirem,

intra-muros e inter-pares, quem havia encontrado o meio de desatar o nó górdio da saúde pública brasileira levou, inclusive, à proposição, no Congresso e na imprensa, de tribunais onde a questão pudesse ser dirimida.

Em maio de 1897, às vésperas da conferência de Sanarelli, o deputado Inocêncio Serzedelo Corrêa, da bancada paraense, um dos líderes da Sociedade Auxiliadora da Indústria Nacional, propôs a instituição do Prêmio Pasteur, a ser concedido ao bacteriologista que apresentasse parecer favorável e unânime da Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro, do Instituto Koch de Berlim e do Instituto Pasteur de Paris (Congresso Nacional, 1897). Projeto alternativo, de cunho nacionalista, foi apresentado em junho pelo deputado Alcindo Guanabara, um dos jornalistas de maior influência no movimento político-militar de 15 de novembro: o governo nomearia uma comissão com profissionais brasileiros de reconhecida competência para estudar a vacina de Domingos Freire. Se verificasse que era eficaz, ele receberia o prêmio. Se concluísse que não era inteiramente satisfatória, mas estava em vias de sê-lo, o Executivo lhe forneceria o que necessitasse para completar a instalação de seu Instituto Bacteriológico, durante cinco anos. Na última hipótese, a vacinação pública seria suspensa até que novo exame a aprovasse (Congresso Nacional, 1897).

A comissão proposta por Guanabara chegou a ser formada, mas não foram os procedimentos de validação acadêmicos que puseram fim às controvérsias sobre a etiologia e profilaxia da febre amarela. Foi um deslocamento radical na abordagem da doença que levou a nova geração de bacteriologistas para o proscênio da saúde pública, sob a liderança de Oswaldo Cruz.

Da Etiologia à Transmissão da Febre Amarela

As narrativas sobre a derrota da febre amarela pela medicina científica privilegiam ora os Estados Unidos, ora Cuba, conforme o valor atribuído a dois episódios: a formulação da hipótese da transmissão pelo mosquito, por Carlos Juan Finlay, em 1880-1881, ou sua demonstração pela equipe chefiada por Walter Reed, em 1900. Uma questão crucial apresentada pelos autores é por que decorreram 20 anos entre um e outro episódio, se a verificação da transmissão pelo mosquito não requereu mais do que algumas semanas para se efetuar.

Para Nancy Stepan (1978), os ingredientes essenciais da teoria já estavam dados. O interregno se deve a obstáculos sociais e políticos: o

desinteresse da metrópole espanhola pela ciência, o ceticismo decorrente da convicção de que a doença estava enraizada no solo cubano; a prolongada guerra de independência e a ocupação de Cuba pelos Estados Unidos. Para François Delaporte (1989), Finlay e os norte-americanos tinham idéias diferentes sobre o mosquito: para o primeiro, era um meio mecânico de transmissão; para os segundos, um hospedeiro intermediário associado a um processo biológico mais complexo. A decisão de Finlay de tomar o mosquito como objeto de estudo e o tempo decorrido entre a proposição e a confirmação de sua teoria são enigmas cuja explicação residiria na medicina tropical inglesa, nas relações de filiação conceitual que ligam o médico cubano a Patrick Manson, e Walter Reed a Ronald Ross. Para Delaporte, a hipótese de Finlay ficou no limbo durante 20 anos porque este foi o tempo necessário para se esclarecer o modo de transmissão da malária. Quando Ross demonstrou, em 1898, que o mosquito era o hospedeiro intermediário do parasito da malária, tornava-se inevitável a suposição de que cumprisse idêntico papel na febre amarela, cujo diagnóstico clínico, diga-se de passagem, se confundia com o da malária.

Desde o começo dos anos 1890, foram se multiplicando na imprensa médica e leiga do Rio de Janeiro as especulações sobre o papel dos insetos na transmissão de doenças, inclusive a febre amarela. Eles eram vistos não como hospedeiros de parasitos, mas principalmente como agentes mecânicos de transmissão de germes. Suspeitava-se de mosquitos, percevejos, pulgas, carrapatos e, sobretudo, das moscas que, passivamente, transportavam os micróbios até os alimentos e daí à boca, a 'porta de entrada' do organismo humano. O fato de serem insetos tão comuns nas cidades parece haver facilitado sua incorporação ao imaginário coletivo como fonte de perigo, zunindo na atmosfera ainda enevoada por miasmas.[8]

A impressão que nos dão os artigos escritos a esse respeito é de que as partes componentes das teorias microbianas eram como que 'imantadas' pelo campo de força da medicina tropical.[9] Novos elos vivos eram encaixados nos constructos elaborados para explicar a transformação extracorporal do micróbio da febre amarela. Nas teorias existentes, o meio exterior era um agente compósito, orgânico e inorgânico, urbano e litorâneo, quente e úmido, onde os fungos, algas e bacilos cumpriam parte de seu ciclo vital antes de adquirirem a capacidade de infeccionar os homens, apenas em certas estações do ano e em certas regiões geográficas. As teias que esses microrganismos percorriam, interligando solo, água, ar, alimentos, navios,

casas e homens acolhiam com dificuldade os insetos, postos em evidência pela medicina tropical.

As experiências realizadas em Cuba, em 1900, formam, sem dúvida, um divisor de águas na história da febre amarela. Se não sepultaram, de imediato, os germes já incriminados, afastaram a saúde pública das intermináveis querelas sobre a etiologia da doença, viabilizando ações capazes, 'por um tempo', de neutralizar as epidemias nos núcleos urbanos litorâneos da América (Franco, 1969).

Stepan mostra que os norte-americanos só se renderam à teoria de Finlay quando ficou patente sua incapacidade de lidar com a febre amarela em Cuba. Parece ter sido importante, também, a confluência, naquela ilha, dos médicos norte-americanos, voltados para um programa de pesquisas bacteriológicas, com os ingleses, que exploravam a fértil problemática dos vetores biológicos de doenças.

Em 1900, Walter Myers e Herbert E. Durham, da recém-fundada Liverpool School of Tropical Medicine, iniciaram uma expedição ao Brasil para investigar a febre amarela. O encontro com os médicos norte-americanos e cubanos, em junho, foi uma escala da viagem que resultou na implantação de um laboratório que funcionou intermitentemente na Amazônia até a década de 1930.[10] Durham e Myers (1900) traziam uma hipótese genérica – a transmissão da febre amarela por um inseto hospedeiro –, que ganhou maior consistência com as informações recolhidas em Cuba. No artigo que publicaram em setembro, expressaram seu ceticismo em relação ao bacilo de Sanarelli, elogiaram as idéias de Finlay e demarcaram incógnitas que deixavam entrever os contornos do vetor animado da febre amarela. Se os integrantes da comissão enviada pelos Estados Unidos a Cuba não tivessem enveredado por esse caminho, talvez a teoria de Finlay houvesse sido confirmada pelos ingleses, no norte do Brasil.

Em agosto de 1900, Lazear iniciou as experiências com os mosquitos fornecidos por Finlay, enquanto Carrol e Agramonte se dedicavam à refutação do bacilo de Sanarelli, que havia sido confirmado por médicos do Marine Hospital Service. Em setembro, Lazear faleceu em conseqüência de uma picada acidental. Walter Reed redigiu às pressas a 'Nota preliminar', apresentada no mês seguinte à 28ª reunião da American Public Health Association, em Indianápolis. E tomou a si a tarefa de fornecer a confirmação dos trabalhos de Lazear, por meio de uma série de experiências destinadas a provar que o mosquito era o hospedeiro intermediário do

'parasito' da febre amarela; que o ar não transmitia a doença; e que os *fomites* não eram contagiosos. Em seguida, a comissão retomou as experiências relacionadas ao agente etiológico, mas se deparou com ambiente já desfavorável à utilização de cobaias humanas. Foi isso, assegura Löwy (1990), que a impediu de provar que o agente era um 'vírus filtrável'.

Os resultados foram apresentados ao 3º Congresso Pan-americano realizado em Havana, em fevereiro de 1901, ao mesmo tempo que William Gorgas dava início à campanha contra o mosquito naquela cidade. Já a partir de janeiro de 1901, as comissões sanitárias que atuavam no interior de São Paulo incorporaram o combate ao mosquito ao repertório híbrido de ações destinadas a anular tanto o contágio como a infecção da febre amarela. Em Ribeirão Preto (1903), abandonaram-se as desinfecções, prevalecendo a 'teoria havanesa' como diretriz soberana, ao mesmo tempo que Emílio Ribas, diretor do Serviço Sanitário de São Paulo, e Adolfo Lutz, diretor de seu Instituto Bacteriológico, reencenavam as experiências dos norte-americanos (dezembro de 1902 a maio de 1903) para neutralizar as críticas dos médicos alinhados com a teoria de Sanarelli (Ribas, 1903; Lemos, 1954).

Para Nuno de Andrade (1902), diretor do serviço federal de saúde pública, a descoberta de Finlay apenas acrescentava um elemento novo à profilaxia da febre amarela. Seus defensores restringiam ao homem e ao mosquito todos os fios do problema. "Confesso que a hipótese da inexistência do germe da febre amarela no meio externo me perturba seriamente" – declarou Andrade – "porque os documentos científicos, e a nossa própria observação têm amontoado um mundo de fatos que serão totalmente inexplicáveis se as deduções da profilaxia americana forem aceitas na íntegra" (1902:322). Ele apontava experiências que não tinham sido feitas para excluir percursos alternativos do germe, para anular a possibilidade de que os mosquitos 'sãos' se infectassem nos objetos contaminados ou para verificar as propriedades infectantes dos dejetos do *Stegomyia fasciata* (atual *Aedes aegypti*). A indeterminação do micróbio deixava a teoria havanesa exposta a outras dúvidas perturbadoras. O sangue injetado podia transmitir a doença imediatamente, mas sugado pelo mosquito, só depois de 12 dias. Isso era explicado por meio de uma analogia com as transformações sofridas pelo parasita da malária no *Anopheles*. O fato de serem os mosquitos vetores de ambos os microrganismos não implicava a identidade de seus ciclos vitais. Nuno de Andrade considerava fato provado

a transmissão da febre amarela pelo *Stegomyia*, mas as deduções profiláticas lhe pareciam arbitrárias, e a guerra ao mosquito em Cuba, mera 'obra de remate' das medidas sanitárias que as autoridades militares tinham executado antes.

Esse foi o cerne do confronto que se deu no Quinto Congresso Brasileiro de Medicina e Cirurgia, realizado no Rio de Janeiro, em meados de 1903. Os partidários da 'teoria havanesa', liderados por Oswaldo Cruz, chamados de 'exclusivistas', tudo fizeram para obter o aval da corporação médica à nova estratégia de combate à febre amarela, com a exclusão da antiga, enfrentando cerrada oposição dos 'não convencidos', entre os quais se incluíam, diga-se de passagem, alguns antigos tropicalistas baianos.

A verdade é que as teses da comissão Reed ainda estavam *sub judice*. A Marinha norte-americana tinha enviado os drs. J. Rosenau, H. B. Parker e G. Beyer a Vera Cruz, no México. De acordo com artigo publicado no começo de 1901, em *The Lancet* (Durham & Myers, 1901) e na *Revista Medica de S. Paulo*, Durham e Myers, os médicos de Liverpool estacionados em Belém, tinham descartado os protozoários como agentes da febre amarela, encontrando só bacilos nos órgãos de amarelentos mortos (ver também Gouveia, 1901). Os mais importantes aliados dos 'exclusivistas' norte-americanos e brasileiros foram os pesquisadores do Instituto Pasteur de Paris que desembarcaram no Rio de Janeiro em novembro de 1901 (Löwy, 1990). Durante os quatro anos de permanência na cidade, Émile Marchoux, Paul-Louis Simond e Alexandre Salimbeni (que se retirou mais cedo por motivos de saúde) puderam observar de perto os fatos biológicos e sociais produzidos na cidade que serviu como o primeiro grande laboratório coletivo para o teste de uma campanha calcada na teoria culicidiana, sob condições políticas autoritárias, mas que não eram as da ocupação militar.[11]

Oswaldo Cruz e o Saneamento do Rio de Janeiro

Em 1903, Francisco de Paula Rodrigues Alves, grande fazendeiro de café paulista, tornou-se o quarto presidente da República brasileira (1903-1906). Como presidente de São Paulo (1900-1902), apoiara as medidas adotadas por Ribas e Lutz em prol da teoria de Finlay. Rodrigues Alves assumiu a presidência do Brasil numa conjuntura econômica favorável, o que lhe permitiu converter o saneamento da capital federal em ponto básico de seu programa de governo. O engenheiro Francisco Pereira Passos foi nomeado prefeito do Rio de Janeiro com poderes excepcionais, inclusive

o Legislativo municipal suspenso, para que colocasse em marcha a reforma urbana inspirada naquela executada por Haussmann em Paris, quatro décadas antes (Benchimol, 1992; Rocha & Carvalho, 1986; Abreu, 1998). O saneamento ficou a cargo de Oswaldo Cruz, que assumiu a direção da Saúde Pública com o compromisso de derrotar a febre amarela, a varíola e a peste bubônica.

A intervenção na cidade envolveu muitos outros atores sociais, mas ressalto esses dois personagens emblemáticos, que habitualmente são encarados como faces da mesma moeda, e chamo atenção para um aspecto contraditório de suas práticas. Os componentes do plano de remodelação urbana começaram a ser projetados em meados dos anos 1870, senão antes, fundamentando-se na higiene dos miasmas, que tinha como característica a desmedida ambição: cada doença a vencer requeria batalhas num leque muito amplo de frentes, contra as forças da natureza, a topografia das cidades e os mais variados aspectos da vida econômica e social. Parafraseando Bruno Latour (1984, 1986), o pasteuriano Oswaldo Cruz, de posse do micróbio ou do hospedeiro específico a cada doença, pôde assinalar as batalhas prioritárias capazes de conduzir as hostes da higiene às vitórias que tanto almejavam. Pereira Passos e os engenheiros do governo continuavam a usar o discurso da higiene dos miasmas para justificar amplas intervenções no espaço urbano, ao passo que Oswaldo Cruz focalizava um número limitado de doenças, investindo contra os vetores da febre amarela e peste bubônica e dando ênfase à vacina, que não fugia à imagem de um ponteiro direcionado para o flanco da varíola. Essas setas conferiram nitidez às ações de suas brigadas sanitárias no contexto caótico, tumultuário, do 'embelezamento' do Rio de Janeiro. Ao combater a febre amarela em Belém do Pará, em 1909, Oswaldo Cruz não mexeria no casco antigo da cidade.

Na capital da República, sua principal campanha começou com a criação do Serviço de Profilaxia da Febre Amarela, em abril de 1903. A cidade foi repartida em dez distritos. A seção encarregada dos mapas e das estatísticas epidemiológicas fornecia coordenadas às brigadas de mata-mosquitos, que percorriam as ruas neutralizando depósitos de água com larvas de *Aedes aegypti*. Outra seção expurgava com enxofre e píretro as casas, depois de cobri-las com imensos panos de algodão, para matar os mosquitos na forma alada. Os doentes mais abastados eram isolados em suas próprias residências, e os pobres iam para os hospitais públicos.

As pessoas vitimadas pela peste e outras doenças contagiosas eram conduzidas, com seus pertences, para os desinfectórios existentes no centro e em Botafogo e, em seguida, isoladas no Hospital São Sebastião, no Caju, ou em Jurujuba, Niterói. O esforço de desratizar a cidade redundou em milhares de intimações a proprietários de imóveis para que removessem entulhos, suprimissem porões e impermeabilizassem o solo. A compra de ratos pela Saúde Pública gerou ativa indústria de captura e até criação dessa exótica mercadoria.

O combate à varíola dependia da vacina. Seu uso fora declarado obrigatório no século XIX por leis nunca cumpridas. Em junho de 1904, Oswaldo Cruz apresentou ao Congresso projeto de lei reinstituindo a obrigatoriedade da vacinação e revacinação em todo o país, com cláusulas rigorosas, que incluíam multas aos refratários e a exigência de atestado para matrículas em escolas, acesso a empregos públicos, casamentos, viagens etc.

Recrudesceu, então, a oposição ao governo, tendo como alvos, principalmente, Oswaldo Cruz, o 'general mata-mosquitos', e Pereira Passos, o 'bota-abaixo'. Os debates exaltados no Congresso eram acompanhados por intensa agitação nas ruas promovida pelo Apostolado Positivista, por oficiais descontentes do Exército, monarquistas e líderes operários, que acabaram por se aglutinar na Liga contra a Vacina Obrigatória. A lei foi aprovada em 31 de outubro. Quando os jornais publicaram, em 9 de novembro, o esboço do decreto que iria regulamentar o 'Código de Torturas', a Revolta da Vacina paralisou a cidade por mais de uma semana (Sevcenko, 1984; Chalhoub, 1996, Carvalho, 1987).

A Consolidação do Instituto de Manguinhos

Ao assumir a direção da Saúde Pública, Oswaldo Cruz propôs ao Congresso que o Instituto Soroterápico Federal fosse transformado "num Instituto para estudo das doenças infecciosas tropicais, segundo as linhas do Instituto Pasteur de Paris" (apud Benchimol, 1990:26). A proposta foi vetada, mas isso não impediu que ele proporcionasse a Manguinhos as condições técnicas e materiais para que rapidamente sobrepujasse sua conformação original. À revelia do Legislativo, com verbas de sua diretoria, iniciou a edificação de um conjunto arquitetônico sofisticado para abrigar novos laboratórios, novas linhas de pesquisa, a fabricação de mais soros e vacinas, e ainda o ensino da microbiologia.

O ambiente de trabalho naquele lugar afastado da zona urbana diferia muito da ambiência belicosa em que se davam as demolições e campanhas sanitárias. Os pesquisadores precisavam atender às demandas da saúde pública, mas tinham liberdade para escolher seus objetos de pesquisa. Oswaldo Cruz queria que os integrantes de seu "jardim de infância da ciência" – a expressão é dele –, todos com menos de 30 anos de idade, adquirissem confiança em si mesmos para desenvolver trabalhos próprios e originais.[12] Em seus relatórios, Oswaldo Cruz defendia o alargamento das atividades do instituto e os investimentos em pesquisa básica, externando posição contrária ao imediatismo e utilitarismo que, em breve, iriam ocasionar o colapso do Instituto Bacteriológico de São Paulo (Stepan, 1976; Lemos, 1954).

As fronteiras de Manguinhos dilatavam-se em três planos distintos. Fabricação de produtos biológicos, pesquisa e ensino, vertentes peculiares ao Instituto Pasteur de Paris, definem, ainda hoje, o perfil do grande conglomerado que é a Fundação Oswaldo Cruz. Doenças humanas, animais e, em menor escala, vegetais enfeixavam investigações que punham a instituição em contato com diferentes clientes e comunidades de pesquisa, reforçando suas bases sociais de sustentação. A dilatação de fronteiras tinha também conotação geopolítica, como para os institutos europeus que atuavam nas possessões coloniais africanas e asiáticas. Com freqüência cada vez maior, os cientistas de Manguinhos iriam se embrenhar pelos sertões do Brasil para combater doenças – a malária, principalmente –, colocando sua *expertise* a serviço de ferrovias, hidrelétricas, obras de infra-estrutura, empreendimentos agropecuários ou extrativos. Teriam oportunidade de estudar patologias pouco ou nada conhecidas, e de recolher materiais biológicos que dariam grande amplitude às coleções biológicas do instituto e aos horizontes da medicina tropical no Brasil.

À medida que se aproximava o fim do governo Rodrigues Alves, grande euforia ia se apoderando da opinião pública. As estatísticas comprovavam o êxito das campanhas contra a febre amarela e a peste bubônica. As novas avenidas, os palacetes, sobrados e chalés edificados às suas margens davam a impressão de que o Rio de Janeiro, enfim, civilizava-se. A rude plebe que animara a Revolta da Vacina fora subjugada e expulsa das áreas renovadas, e boa parte dos adversários da reforma e saneamento urbanos se rendia à retórica triunfante da 'regeneração' do Brasil. Apesar do prestígio de Oswaldo Cruz, que lhe valeu, inclusive, a confirmação no cargo de

diretor da Saúde Pública no governo de Afonso Pena (1906-1909), Manguinhos encontrava-se numa posição bastante frágil do ponto de vista institucional, por haver extravasado, sem respaldo jurídico, do arcabouço primitivo do Instituto Soroterápico.

Sua transformação em Instituto de Medicina Experimental foi novamente pedida ao Congresso, em junho de 1906. O projeto foi atacado na Câmara dos Deputados e no Senado, e esteve a pique de naufragar sob o peso de emendas e substitutivos que o desfiguravam completamente. Em larga medida, a batalha foi vencida num teatro distante da capital brasileira. A diretoria e o instituto chefiados por Oswaldo Cruz foram as únicas instituições sul-americanas a participarem do XIV Congresso Internacional de Higiene e Demografia, e da Exposição de Higiene anexa a ele, em Berlim, em setembro de 1907. A ida àquela cidade alemã era parte da estratégia de estreitamento dos laços com instituições científicas européias. A presença da missão francesa e também de uma missão alemã no Rio de Janeiro (Otto & Neumann, 1904) dera ao instituto alguma visibilidade internacional. Também foi importante a preocupação de seus pesquisadores de publicar em periódicos respeitados, e de remeter materiais relacionados às doenças tropicais a instituições como o Museu Britânico, o Instituto de Higiene de Heidelberg e o de Moléstias Infecciosas de Berlim, as Escolas de Medicina Tropical de Hamburgo, Londres e Liverpool e o Instituto Pasteur de Paris. Este, por diversas vezes, foi chamado a certificar a qualidade dos soros e vacinas fabricados por Manguinhos. Os contatos com as instituições da Alemanha foram reforçados por Henrique da Rocha Lima, quando visitou pela segunda vez aquele país, em 1906, para estudar as inovações técnicas a introduzir em Manguinhos, e para inaugurar, a convite de Rudolf Fischer, a seção de estudos da peste no Instituto de Higiene de Berlim.

Os materiais mais importantes da mostra brasileira na Exposição de Higiene anexa ao XIV Congresso Internacional de Higiene e Demografia diziam respeito principalmente à bem-sucedida campanha contra a febre amarela no Rio de Janeiro. A medalha de ouro conquistada na Alemanha teve enorme repercussão no Brasil. O governo, que acabara de mandar para a Europa uma comissão de propaganda, resolveu utilizar Oswaldo Cruz em missões diplomáticas destinadas a atrair imigrantes e capitais. Tal como acontecera com Domingos Freire 20 anos antes, uma recepção apoteótica foi preparada para receber o herói que fizera a Europa se curvar

ante o Brasil. O Rio de Janeiro, que se tornara a 'Paris das Américas', possuía, outra vez, um 'Pasteur' para canonizar.[13]

Ainda em Paris, Oswaldo Cruz redigiu o regulamento do Instituto de Patologia Experimental, criado em dezembro de 1907, e rebatizado de Instituto Oswaldo Cruz em março de 1908. O regulamento sacramentava o tripé pesquisa, produção e ensino e retirava o instituto do organograma da Diretoria Geral de Saúde Pública, subordinando-o diretamente ao ministro da Justiça. Graças a isso, não houve descontinuidade em sua trajetória quando Oswaldo Cruz deixou a direção da Saúde Pública em 1909. A autorização para que auferisse rendas próprias com a venda de serviços e produtos biológicos permitiu que Manguinhos enfrentasse em condições mais vantajosas que outras instituições do Estado a tradicional penúria de recursos públicos para a saúde e a ciência.

Em 1908, Carlos Chagas e Belisário Penna viajaram para o norte de Minas Gerais, onde a malária impedia o prolongamento dos trilhos da Estrada de Ferro Central do Brasil. A atenção de Chagas foi despertada para um inseto hematófago que proliferava nas paredes de pau-a-pique das casas, saindo à noite para sugar o sangue de seus moradores e de animais domésticos. Atacava de preferência o rosto humano, razão pela qual o chamavam de 'barbeiro'. Em março de 1909, Chagas completou a descoberta de uma nova doença tropical, ao encontrar no sangue de uma criança doente o protozoário cujas formas viera rastreando no organismo do transmissor e em outros hospedeiros vertebrados.

Com o apoio dos demais pesquisadores de Manguinhos, desenvolveu um trabalho completo sobre a doença produzida pelo *Trypanosoma cruzi*, que ficaria internacionalmente conhecida como doença, de Chagas. Estudaram os hábitos do barbeiro e das populações que atacava, a biologia do tripanossoma e seu ciclo em ambos os organismos infectados, os sinais clínicos e as lesões orgânicas que singularizavam a doença até então confundida com a malária ou a ancilostomíase (Chagas Filho, 1968, 1993; Coutinho, 1999; Kropf; Azevedo & Ferreira., 2000). A descoberta foi a peça de resistência na Exposição Internacional de Higiene realizada em Dresden, em junho de 1911. No ano seguinte, Chagas obteve o prêmio Schaudinn, do Instituto Naval de Medicina de Hamburgo, conferido por uma comissão que reunia personalidades de renome mundial da microbiologia e medicina tropical.[14]

A descoberta da doença de Chagas consolidou a protozoologia como a mais importante área de pesquisa do Instituto Oswaldo Cruz. Ela se

deveu, em larga medida, a certas qualidades daquele coletivo que havia acumulado quantidade expressiva de trabalhos relacionados à evolução de parasitos em seus hospedeiros e à sistemática e biologia de insetos transmissores de doenças humanas e animais. Ao dilatar suas atividades, Manguinhos reunira pesquisadores bem adestrados tanto nas técnicas bacteriológicas como naquela estrutura mansoniana de experiência concebida durante os estudos sobre a transmissão da filariose e da malária.

Em novembro de 1909, Oswaldo Cruz deixou a Diretoria Geral de Saúde Pública (DGSP) numa conjuntura política tumultuada pela morte do presidente Afonso Pena, a interinidade do vice-presidente Nilo Peçanha e a campanha presidencial polarizada entre o 'civilista' Rui Barbosa e o marechal Hermes da Fonseca. Embora fosse um ídolo nacional, Oswaldo Cruz não tinha conseguido cumprir nenhuma das metas propostas para seu segundo mandato como dirigente da saúde pública. A campanha contra a tuberculose esvaíra-se por falta de recursos e apoio político; a regulamentação da lei da vacina obrigatória continuava a ser protelada, apesar da epidemia de 1908, a mais grave das que já tinham ocorrido no Rio de Janeiro. As oligarquias estaduais, respaldadas na Constituição federalista, bloqueavam as ações sanitárias do governo central, ainda que a febre amarela grassasse em muitas cidades do Norte e Nordeste, pondo em risco o que fora feito na capital. A chefia da DGSP passou a outro pesquisador de Manguinhos, Figueiredo de Vasconcelos, que se demitiu pouco tempo depois, em protesto contra a política de saúde de Hermes da Fonseca, eleito presidente em março de 1910.

À margem do órgão federal de saúde pública, os cientistas-sanitaristas de Manguinhos executariam suas ações mais ousadas no interior do Brasil, financiadas por contratos privados, inclusive com órgãos do governo (Albuquerque et al., 1991). Foi o caso da Superintendência de Defesa da Borracha, criada em 1912 para modernizar a extração e o beneficiamento do produto, inclusive com medidas que reduzissem a mortalidade absurdamente elevada da força de trabalho; e a Inspetoria de Obras contra as Secas, criada em 1909 para implementar ambicioso programa de reconstituição de florestas, perfuração de poços e construção de açudes na região árida do Nordeste (Cruz, 1913; Penna & Neiva, 1916).

A debacle da borracha amazônica foi irreversível, e a velha república dos coronéis não quis enfrentar a secular tragédia das secas nordestinas. Assim, as comissões médico-sanitárias foram improfícuas. Mas propor-

cionaram aos laboratórios do Instituto Oswaldo Cruz um conjunto valiosíssimo de observações e materiais concernentes às patologias brasileiras. Esses insumos alimentariam estudos aplicados à medicina e à saúde pública e estimulariam o processo em curso de autonomização de dinâmicas de pesquisa básica no âmbito da zoologia e botânica médicas. Os relatórios e a iconografia produzidos pelos cientistas, ricos em observações sociológicas e antropológicas, constituem o primeiro inventário moderno das condições de saúde das populações rurais do Brasil. Tiveram grande repercussão entre os intelectuais e as elites das cidades litorâneas, municiando os debates acerca da questão nacional, que começava a ser redimensionada nos termos da visão dualista, de longa persistência no pensamento social brasileiro. A exaltação ufanista da civilização do Brasil, insuflada após a remodelação urbana do Rio de Janeiro, foi duramente golpeada pelas revelações sobre aquele 'outro' Brasil, miserável e doente.

Quando Oswaldo Cruz faleceu, em 11 de fevereiro de 1917, Manguinhos era uma instituição consolidada. Era também o centro de gravidade de uma combativa geração de sanitaristas, que iria protagonizar vigoroso movimento pela modernização dos serviços sanitários do país, sob a liderança de Carlos Chagas, sucessor de Oswaldo Cruz na direção do instituto, de 1918 até sua morte, em 1934, e Belisário Penna, que se destacaria como incansável publicista à frente da Liga Pró-Saneamento (Lima & Britto, 1996; Lima, 1999; Britto, 1997).

Febre Amarela e o Advento de uma Nova Era na Saúde Pública Brasileira

De acordo com Salomon Bayet (1986), a revolução pasteuriana exauriu-se nesses anos. Durante a Primeira Guerra Mundial, realizou o feito de minimizar a devastação das doenças infecciosas, deixando os exércitos entregues ao morticínio das armas, mas foi desarmada pela pandemia de gripe que ceifou pelos menos 21 milhões de vidas, impunemente, em 1918-1919 (Crosby, 1989; Brito, 1997). No Brasil, a 'espanhola' pôs a nu a incapacidade dos médicos de lidarem com um inimigo ainda invisível aos microbiologistas, e explicitou a precariedade dos serviços sanitários e hospitalares, agravando a insatisfação contra as oligarquias.

O resultado mais imediato da crise foi a criação do Departamento Nacional de Saúde Pública (DNSP), em 1920-1922, que deu início a ações

mais abrangentes contra as doenças endêmicas no interior do Brasil (Hochman, 1998; Castro Santos, 1987; Labra, 1985). As insurreições tenentistas, os movimentos pela reforma de outras esferas da vida social, as cisões intra-oligárquicas desaguaram na Revolução de 1930 e na criação de um ministério que iria, finalmente, transformar a saúde em objeto de políticas de alcance nacional, com a ajuda da Fundação Rockefeller, poderoso enclave, com atribuições e prerrogativas que rivalizavam com as do próprio Estado no tocante à saúde pública.

O regresso da febre amarela ao Rio de Janeiro, em 1928-1929 foi encarado como mais um sinal da incompetência das oligarquias para gerir os destinos da nação. No começo do século, Oswaldo Cruz contara com condições políticas e jurídicas favoráveis à implementação de sua campanha sanitária. Na epidemia de 1928-1929, Clementino Fraga, diretor do DNSP, chegou a mobilizar dez mil homens, reativando aqueles dispositivos de origem militar. As notícias publicadas na imprensa mostram que, pela primeira vez, as grandes empresas, as associações de classe e outros componentes da sociedade civil colaboraram ativamente no esforço de mobilizar a população contra os alvos que a saúde pública desejava atingir.

Oswaldo Cruz combateu a febre amarela no centro de uma cidade que abrigava cerca de 800 mil habitantes. Em 1928-1929, possuía mais de 1,5 milhão de habitantes, grande parte dos quais nos subúrbios, o teatro dos principais entreveros com a doença. Entre as duas conjunturas, as relações socioeconômicas e geopolíticas entre urbano e rural, centro e periferia sofreram mudanças que afetaram a definição e o enfrentamento dos problemas de saúde pública do país. Outras mudanças de natureza científica e epidemiológica puseram a pique conceitos basilares que tinham norteado as campanhas contra a febre amarela, tanto as de Oswaldo Cruz no Rio de Janeiro e em Belém como aquela desfechada pela Fundação Rockefeller no Nordeste brasileiro, após a Primeira Guerra Mundial, como parte do programa de erradicação mundial da doença.

A infecção de macacos *Rhesus* (gênero *Macaca*) na África ocidental francesa, em 1928, por três investigadores da instituição norte-americana (Stockes, Bauer & Hudson, 1928a, 1928b) derrubou os modelos animais e as teorias etiológicas vigentes, inclusive a que embasava a última vacina bacteriana contra a febre amarela, desenvolvida por Hideyo Noguchi em 1918-1919. Um surto de pesquisas originais sob a égide, agora, da virologia daria origem a novos instrumentos para o diagnóstico e a prevenção da doença.

A transmissão 'exclusiva' pelo *Aedes aegypti* fora o divisor de águas entre as épocas de Domingos Freire e Oswaldo Cruz, que se converteu no mito da ciência brasileira em grande parte graças ao 'experimento' bem-sucedido que conduziu no Rio de Janeiro para provar a validade da teoria de Finlay. As certezas que seu grupo sustentara inflexivelmente no Congresso Médico de 1903, e a teoria dos focos-chave que embasara a campanha da Rockefeller no Nordeste brasileiro desabaram em 1932 no vale do Canaã, no interior do Espírito Santo. O estudo aí realizado por Soper e colaboradores (1933) comprovou as suspeitas levantadas desde meados dos anos 1920 por sanitaristas brasileiros de que a febre amarela grassava endemicamente no interior do Brasil. No vale do Canãa verificou-se, também, que o *Aedes aegypti* não era o único transmissor da doença. As viscerotomias e os testes de imunidade feitos em diversas regiões do país confirmaram as evidências de que a doença constituía problema mais complexo do que se imaginava. Massas humanas deslocadas pelas migrações internas estavam transportando o vírus para o litoral e multiplicando a infecção de pessoas não imunes nas grandes cidades, o que fatalmente redundaria na recriação de quadro epidêmico tão grave quanto o do século XIX.

A Revolução de 1930 alterou as bases institucionais da campanha, que passou a ser direcionada contra as duas modalidades de febre amarela, a urbana e a silvestre. Ela adquiriu abrangência nacional ainda sob a direção da Fundação Rockefeller, que montou uma organização inteiramente verticalizada, taylorista, impermeável aos códigos clientelísticos e corporativos que regiam o funcionamento de outros aparelhos do Estado brasileiro. Número crescente de elementos foram incorporados ao imbróglio da febre amarela. Ele, que havia começado com uns poucos centros litorâneos, um único vetor, uma correlação límpida de litigantes, passou a incorporar numerosas cidades interioranas, mais vetores, novos cenários ecológicos, um número ainda indeterminado de potenciais hospedeiros e uma sucessão de vacinas, que culminaria, em 1937, naquela em uso até hoje, feita a partir do vírus 17D. Tudo isso reforçaria a necessidade de crescente centralização e o adensamento da rede que teria de capturar e manter sob controle tantos elementos imprevistos ou ainda imprevisíveis...

Notas

[1] Coni (1952) identifica três fases na evolução da medicina brasileira, personificadas por Piso, médico holandês da Corte de Nassau, Wucherer, fundador da Escola Tropicalista Baiana, e Oswaldo Cruz. Quadros similares foram propostos por Santos Filho (1991), Nava (1947) e Bacellar (1963).

[2] O mesmo ponto de vista orienta os trabalhos de Ferreira (1996, 1999). As ambivalências do processo de construção da identidade nacional foram exemplarmente analisadas por Süssekind (1990) e Ventura (1991).

[3] Os comissários-vacinadores que atuavam nos municípios da Bahia foram demitidos pelo presidente daquela província depois que o Legislativo local suprimiu da lei do orçamento a respectiva verba, alegando que o serviço era da competência do governo central. Os protestos da Junta Central de Higiene Pública não foram acatados pelo ministro do Império, Francisco Antunes Maciel, que censurou os higienistas por exorbitarem de suas atribuições. Em 4 de outubro de 1883, os integrantes da junta demitiram-se. Em 8 de outubro, Domingos José Freire assumiu a presidência de uma nova junta.

[4] As tentativas feitas por Pasteur em 1881 para identificar o micróbio da febre amarela foram malsucedidas, como mostra Vallery-Radot (1951). Igualmente frustrados foram os esforços feitos por D. Pedro II para trazê-lo ao Brasil para decifrar a etiologia e prevenção da doença. As cartas reproduzidas por Vallery-Radot (1930) e outras encontram-se no Museu Imperial, Setor de Documentação e Referência, Arquivo da Casa Imperial (Petrópolis). Sobre a história da vacina anti-variólica no Brasil, ver Fernandes (1999).

[5] A comunicação lida em 7 de setembro, na 15ª sessão do Congresso de Washington (Public and International Hygiene), intitulava-se 'Vaccination avec la culture atténuée du microbe de la fièvre jaune'. Foi resumida em Medical News (51:330-334, 17 set. 1887), no *Jornal do Commercio*, *O Paiz* e *Gazeta de Noticias* (22-23 ago. 1899) e *O Brazil-Medico* (33:319, 1 set. 1899). Freire escreveu mais de uma centena de trabalhos sobre química, medicina e saúde pública, sob a forma de relatórios, compêndios, livros, monografias e comunicações.

[6] Lacerda relata parte de sua trajetória na instituição em Fastos do Museu Nacional (1905). A biobibliografia publicada pelo Museu Nacional em 1951 omite completamente os trabalhos sobre febre amarela e bacteriologia, que são analisados em Benchimol (1999).

[7] A conferência foi publicada em *O Paiz* (10 jun. 1897) e condensada em *O Brazil-Medico* (22 jun. 1897, p. 209-220). Sanarelli submeteu duas comunicações aos *Annales de L'Institut Pasteur* (1897c, 1897d). Foram publicadas também em *Annaes da Academia de Medicina do Rio de Janeiro* (1897b). As experiências com o soro foram relatadas em conferência na Sociedade de Medicina e Cirurgia de São Paulo, em 8 de março de 1898. Seguindo os seus passos, Wolf Havelburg (1897a, 1897b) apresentou seus resultados ao Instituto Pasteur e em conferência no Rio de Janeiro. Os resultados de outros concorrentes, como Chapot Prévost, Johannes Paulser e João Batista de Lacerda, e as controvérsias suscitadas por estes trabalhos acham-se em Benchimol (1999). Naquele ambiente competitivo, o alinhamento mais conspícuo

opunha Sanarelli e Freire, que em 1898 proferiu concorrida conferência na Faculdade de Medicina para contestar o italiano.

[8] A transmissão da filária pelo Culex, do hematozoário da febre do Texas por carrapatos e do protozoário da nagana, outra doença de bovinos e eqüinos, pela mosca tsé-tsé fora divulgada no Brasil antes da descoberta de Ross e Grassi, em 1897. Em 1898, podia-se ler nos jornais que os insetos disseminavam os micróbios do carbúnculo, da oftalmia do Egito, do botão de Biskara, do piã (bouba) e do mormo. Yersin teria verificado que moscas mortas carregavam o bacilo da peste e podiam, portanto, infectar as águas de beber. E Joly confirmara que depositavam os bacilos da tuberculose nos alimentos e bebidas, carregando-os consigo mesmo depois de mortas e dessecadas, idéia já sustentada por Utinguassú e Araújo Goes, na Academia de Medicina, em outubro de 1885. Na conferência de Montevidéu, Sanarelli (1897a) formulou a hipótese de que existiria um mofo com poder 'específico' de estimular o desenvolvimento das colônias do bacilo icteróide. Lacerda (1900) apresentou então o Aspergillus icteroide: seus esporos seriam as 'muletas' com que o bacilo deixava as atmosferas confinadas para proliferar a distância. Ao mecanismo de propagação acrescentou em seguida as moscas, por haver encontrado suas dejeções misturadas às colônias de bolor e bacilos (Benchimol, 1999). Sobre o papel das moscas e dos micróbios no imaginário da população norte-americana, nesse mesmo período, ver Tomes (1998).

[9] Sobre a história da medicina tropical, ver, entre outros, Farley (1991), Worboys (1996) e Foster (1965).

[10] Myers faleceu em Belém, em 29 de janeiro de 1901, vítima da doença que fora estudar. Em abril de 1905, Harold Howard Shearme Wolferstan Thomas e Anton Breinl iniciaram a 15ª expedição ultramarina da Escola de Liverpool com destino à Amazônia. Ambos contraíram a febre amarela. Breinl regressou à Inglaterra; Thomas permaneceu à frente do The Yellow Fever Research Laboratory até sua morte. Morreu, em Manaus, em 8 de maio de 1931 (Miller, 1998; Smith, 1976).

[11] Os cientistas do Instituto Pasteur produziram quatro relatórios que foram publicados nos *Annales de L'Institut Pasteur* (1903, 1906), em *O Brazil-Medico* (1903) e na *Revista Medica de S. Paulo* (1904, 1906).

[12] Um detalhe que ilustra o desejo de Oswaldo Cruz de distanciar-se da 'tradição' bacteriológica inaugurada pela geração anterior encontra-se no depoimento de Ezequiel Dias sobre a entrevista que precedeu sua admissão no instituto. A pergunta decisiva teria sido: "O Senhor conhece alguma coisa de bacteriologia?". Ao contrário do que imaginava o assustado acadêmico, seu 'não' lhe abriu as portas do emprego. Mais tarde, escutou de Oswaldo Cruz a explicação: "porque se você soubesse alguma coisa da matéria, devia ser muito pouco, só servindo para lhe dar presunção, e, portanto, dificultar o seu aprendizado. E eu prefiro certos ignorantes" (Dias, 1918:12). Sobre a história do Instituto Oswaldo Cruz ver também Aragão (1950), Fonseca Filho (1974) e Cukierman (1997).

[13] A decisão de regressar ao Brasil incógnito forneceu a chave para compor a imagem ideal do 'sábio': diferentemente de Freire, exibido e vaidoso, Oswaldo Cruz era retraído, avesso a manifestações públicas. Além de cumprir as missões de que o encarregou o ministro das Relações Exteriores, visitou o Instituto Pasteur e o Instituto de Pesquisas Médicas fundado por Rockefeller em Nova York. Entrevistou-se com Theodore Roosevelt,

dando-lhe garantias de que a esquadra norte-americana, em manobras de guerra, poderia desembarcar seus tripulantes no Rio de Janeiro, sem temer a febre amarela. Participou, em seguida, da Convenção Sanitária realizada no México, em dezembro de 1907, na qual os governos da América Central subscreveram, como queria a Casa Branca, o compromisso de criarem legislações e serviços para erradicar a febre amarela de seus territórios.

[14] Sobre Chagas e sua descoberta, ver a excelente biblioteca virtual residente em http://www.prossiga.br/chagas/. O Prêmio Schaudinn, destinado ao autor da mais importante descoberta na área em que atuava o descobridor do *Treponema pallidum*, morto prematuramente em 1906, era conferido por um júri em que predominavam cientistas da França, Alemanha, Inglaterra e Itália: Blanchard, Laveran, Metchnikoff, Roux, Celli, Golgi e Grassi, Koch, Ehrlich, Von Hertwig e Boetschli; Patrick Manson, Nutall, Ray Lankaster, Ronald Ross. Vinham em seguida o Japão (Kitasato e Ishikawa); Áustria (A. Von Heider e Paultauf); Rússia (Shewiakoff e Wladimoroff) e Estados Unidos (G. Novy e E. B. Wilson). Portugal era representado pelo alemão Kopke, organizador da Escola de Medicina Tropical de Lisboa, e o Brasil, por Oswaldo Cruz, graças aos trabalhos expostos em Berlim, em 1907.

Referências Bibliográficas

ABREU, M. de A. *Evolução Urbana do Rio de Janeiro*. Rio de Janeiro: Iplanrio, Jorge Zahar, 1998.

ALBUQUERQUE, M. B. et al. *A Ciência a Caminho da Roça: imagens das expedições científicas do Instituto Oswaldo Cruz ao interior do Brasil entre 1911 e 1913*. Rio de Janeiro: Fiocruz/Casa de Oswaldo Cruz, 1991.

ANDRADE, N. A profilaxia da febre amarela. *Revista Medica de S. Paulo*, 319-325, 1902. *Annales de l'Institut Pasteur*, 4:253, 25 abr. 1890.

ANTUNES, J. L. et al. *Instituto Adolfo Lutz: 100 anos de laboratório de saúde pública*. São Paulo: Secretaria de Estado de Saúde, Instituto Adolfo Lutz, Letras & Letras, 1992.

ARAGÃO, H. de B. R. Notícia histórica sobre a fundação do Instituto Oswaldo Cruz. *Memórias do Instituto Oswaldo Cruz*, 98:1-50, 1950.

BACELLAR, R. C. *Brazil's Contribution to Tropical Medicine and Malaria: personalities and institutions*. Rio de Janeiro: Gráfica Olímpica Ed., 1963.

BENCHIMOL, J. L. *Manguinhos do Sonho à Vida: a ciência na Belle Époque*. Rio de Janeiro: Fiocruz/COC, 1990.

BENCHIMOL, J. L. *Pereira Passos: um Haussmann tropical. A renovação urbana do Rio de Janeiro no início do século XX*. 2.ed. Rio de Janeiro: Secretaria Municipal de Cultura, Turismo e Esportes, Departamento Geral de Documentação e Informação Cultural, Divisão de Editoração, 1992. (Biblioteca Carioca, 11).

BENCHIMOL, J. L. *Dos Micróbios aos Mosquitos: febre amarela e revolução pasteuriana no Brasil*. Rio de Janeiro: EdUFF, Editora Fiocruz, 1999.

BENCHIMOL, J. L. & TEIXEIRA, L. A. *Cobras, Lagartos e Outros Bichos: uma história comparada dos institutos Oswaldo Cruz e Butantan*. Rio de Janeiro: Editora UFRJ/Casa de Oswaldo Cruz, 1993.

BORNSIDE, G. H. Jaime Ferrán and preventive inoculation against cholera. *Bulletin of the History of Medicine*, 55:516-532, 1991.

BRITO, N. A. La danzarina: a gripe espanhola e o cotidiano na cidade do Rio de Janeiro. *História, Ciências, Saúde: Manguinhos*, IV(1):11-30, mar.-jun. 1997.

BUSVINE, J. R. *Disease Transmission by Insects: its 90 years of effort to prevent it*. Berlin: Springer-Verlag, 1993.

CARVALHO, J. M. de. *Os Bestializados: o Rio de Janeiro e a república que não foi*. São Paulo: Companhia das Letras, 1987.

CASTRO SANTOS, L. A. de. *Power Ideology and Public Health 1889-1930*. Cambridge, Harvard University, 1987. (Mimeo.)

CHAGAS FILHO, C. Histórico sobre a doença de Chagas. In: CANÇADO, J. R. (Org.) *Doença de Chagas por um Grupo de Colaboradores Especializados*. Belo Horizonte: Imprensa Oficial do Estado de Minas Gerais, 1968.

CHAGAS FILHO, C. *Meu Pai*. Rio de Janeiro: COC/Fiocruz, 1993.

CHALHOUB, S. *Cidade Febril: cortiços e epidemias na corte imperial*. São Paulo: Companhia das Letras, 1996.

CONGRESSO NACIONAL. *Annaes da Camara dos Deputados*, 1897, v. 1.

CONI, A. C. *A Escola Tropicalista Bahiana*. Salvador: Livraria Progresso Ed., 1952.

CORRÊA, M. O. A. A saga de Adolpho Lutz no arquipélago do Havaii. In: ANTUNES, J. L. et al. *Instituto Adolfo Lutz: 100 anos de laboratório de saúde pública*. São Paulo: Secretaria de Estado de Saúde, Instituto Adolfo Lutz, Letras & Letras, 1992. p.143-156.

COUTINHO, M. Ninety years of Chagas Disease: a success story at the Periphery. *Social Studies of Science*. 29(4):519-549, 1999.

CROSBY, A. W. *America's Forgotten Pandemic: the influenza of 1918*. Cambridge: Cambridge University Press, 1989.

CRUZ, O. G. *Relatório sobre as Condições Médico-sanitárias do Valle do Amazonas Apresentado a S. Exª o Snr. Dr. Pedro de Toledo, Ministro da Agricultura, Indústria e Comércio*. Rio de Janeiro: Typ. do Jornal do Commercio, 1913.

CUKIERMAN, H. L. *Construção de Redes Sociotécnicas e os Mitos de Fundação de uma Tecnociência Brasileira*, 1997. Dissertação de Mestrado, Rio de Janeiro: Programa de Engenharia de Sistemas e Computação, (Coppe), Universidade Federal do Rio de Janeiro.

DEBRÉ, P. *Pasteur*. São Paulo: Scritta, 1995.

DELAPORTE, F. *Histoire de la Fièvre Jaune*. Paris: Payot, 1989.

DIAS, E. C. *O Instituto Oswaldo Cruz: resumo histórico, 1899-1918*. Rio de Janeiro: Manguinhos, 1918.

DURHAM, H. E. & MYERS, W. Liverpool School of Medicine: Yellow Fever Expedition. Some preliminary notes. *British Medical Journal*, (2):656-657, 8 set. 1900.

DURHAM, H. E. & MYERS, W. Extracto de um relatório provisório sobre a febre amarela pela The yellow fever commission of the Liverpool School of Tropical Medicine. *Revista Medica de S. Paulo*: 105-106, 1901. Publicado em *The Lancet* em 23.2.1901.

EDLER, F. C. *As Reformas do Ensino Médico e a Profissionalização da Medicina na Corte do Rio de Janeiro, 1854-1884*, 1992. Dissertação de Mestrado, São Paulo: Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras da Universidade de São Paulo. (Mimeo.)

EDLER, F. C. O debate em torno da medicina experimental no segundo reinado. *História, Ciências, Saúde: Manguinhos*, III(2):284-299, 1996.

EDLER, F. C. *A Constituição da Medicina Tropical no Brasil Oitocentista: da climatologia à parasitologia médica*, 1999. Tese de Doutorado, Rio de Janeiro: Instituto de Medicina Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro (Uerj). (Mimeo.)

FAJARDO, F. O micróbio da malária. *Annaes da Academia de Medicina do Rio de Janeiro*. Rio de Janeiro: Companhia Typographica do Brazil, 1892, t.58, 1892-1893. p.209-228. 'Parecer' redigido pelo Dr. Moncorvo, p.229-232.

FARLEY, J. *Bilharzia: a history of imperial tropical medicine*. Cambridge: University Press, 1991.

FERNANDES, T. M. D. *Vacina Antivariólica: ciência, técnica e o poder dos homens, 1808-1920*. Rio de Janeiro, Editora Fiocruz, 1999.

FERREIRA, L. O. *O Nascimento de uma Instituição Científica: o periódico médico brasileiro da primeira metade do século XIX*, 1996. Tese de Doutorado, São Paulo: Departamento de História da FFLCH-Universidade de São Paulo (Usp). (Mimeo.)

FERREIRA, L. O. Os periódicos médicos e a criação de uma agenda sanitária para o Brasil, 1827-1843. *História, Ciências, Saúde: Manguinhos*, 6(2):331-351, jul.-out. 1999.

FINLAY, J. C. Fiebre amarilla experimental comparada con la natural em suas formas benignas. Trabajo leído en la Sociedad de Estudios Clínicos de la Habana. Sessiones de 31 enero y 29 de febrero de 1884. In: FINLAY, J. C. *Obras Completas*. Havana: Academia de Ciencias de Cuba, Museo Historico de las Ciencias Medicas Carlos J. Finlay 1965. Tomo I, p.317-348.

FONSECA FILHO, O. da. *A Escola de Manguinhos: contribuição para o estudo do desenvolvimento da medicina experimental no Brasil*. Oswaldo Cruz – Monumenta Histórica. São Paulo: s. n., 1974.

FOSTER, W. D. *History of Parasitology*. Londres: E & S. Livingstone, 1965.

FRANCO, O. *História da Febre Amarela no Brasil*. Rio de Janeiro: DNER/Div. de Cooperação e Divulgação, 1969.

FREIRE, D. Conférence sur la fièvre jaune, prononcée devant la Société de Thérapeutique Dosimétrique de Paris. In: *Répertoire Universel de Médecine Dosimétrique*. Paris: s. n., maio 1887.

FREIRE, D. *Conferência sobre a Febre Amarella Realizada pelo Dr. Domingos Freire no dia 19 de Junho de 1897 no Pavilhão Central da Faculdade de Medicina Analisando a Conferência Feita em Montevideu no dia 10 do mesmo mês pelo Dr. Sanarelli*. Rio de Janeiro: Typo-Lithographia de Pinheiro & Cia., 1898.

FREIRE, D. & REBOURGEON, C. Pathologie expérimentale: le microbe de la fièvre jaune. Inoculation préventive. Note de MM. D. Freire et Rebourgeon, présentée par M. Bouley. *Comptes Rendus des Séances de l'Academie des Sciences*, t. XCIX, séance du Lundi 10/11/1884, (19):806.

FREIRE, D.; GIBIER, P. & REBOURGEON, C. Thérapeutique: résultats obtenus par l'inoculation préventive du virus atténué de la fièvre jaune, à Rio de Janeiro. *Comptes Rendus des Séances de l'Academie des Sciences*, t.104:1.020-1.022, avr.1887a.

FREIRE, D.; GIBIER, P. & REBOURGEON, C. Médecine expérimentale: du microbe de la fièvre jaune et de son atténuation. Deuxième note. *Comptes Rendus Hebdomanaires des Séances de l'Academie des Sciences*, t.104:858-860, 21.mars.1887b.

GEISON, G. L. *The Private Science of Louis Pasteur*. Princeton: Princeton University Press, 1995.

GOUVEIA, H. de. Sobre o papel dos mosquitos na propagação das moléstias tropicais (Carta do Dr. Hilário de Gouvea ao Brazil-Medico). *O Brazil-Medico*, (21):208-210, 1 jun. 1901.

HARRISON, G. *Mosquitoes, malaria & man: a history of the hostilities since 1880*. Nova York: E. P. Dutton, 1978.

HAVELBURG, W. Recherches expérimentales et anatomiques sur la fièvre jaune. *Annales de l'Institut Pasteur*, 11[me] année, (6):515-522, juin 1897a.

HAVELBURG, W. *Estudos experimentaes, anatomicos e bacteriologicos sobre as propriedades e sobre a etiologia da febre amarela. Conferencia feita no dia 22 de abril de 1897 no hospital dos Lazaros*. Rio de Janeiro: Jornal do Commercio, 1897b. 40 p.

HOCHMAN, G. *A Era do Saneamento: as bases da política de saúde pública no Brasil*. São Paulo: Hucitec, Anpocs, 1998.

HUME, E. E. Max von Pettenkofer's theory of the etiology of cholera, typhoid fever and other intestinal diseases. A review of his arguments and evidence. *Annals of Medical History*, II(4):390-453, 1925.

INSTITUT BACTÉRIOLOGIQUE DOMINGOS FREIRE. *Sur l'Origine Bactérienne de la Fièvre Bilieuse des Pays Chauds par le dr. Domingos Freire* – Professeur de chimie organique et biologique à la Faculté de Médecine de Rio de Janeiro etc. Rio de Janeiro: Typ. de L'Etoile du Sud, 1892. 12 p., 4 fig.

KROPF, S. P.; AZEVEDO, N. & FERREIRA, L. O. Doença de Chagas: a construção de um fato científico e de um problema de saúde pública no Brasil. *Ciência e Saúde Coletiva*, 5(2):347-365, 2000.

LABRA, M. E. *O Movimento Sanitarista nos Anos 20: da conexão sanitária internacional à especialização em saúde pública*, 1985. Tese de Mestrado, Escola Brasileira de Administração Pública, Fundação Getúlio Vargas. (Mimeo.)

LACAZ, C. da S. *Vultos da Medicina Brasileira*, São Paulo: Pfizer, 1966. 3 v.

LACERDA, J. B. de. O micróbio patogênico da febre amarela. Trabalho lido perante a Academia Nacional de Medicina e apresentado ao Congresso Médico Pan-Americano de Washington pelo dr. João Batista de Lacerda. *Annaes da Academia de Medicina do Rio de Janeiro*, 1891-1892, t. LVII. Rio de Janeiro: Cia. Typographica do Brazil, 1891. p.269-375.

LACERDA, J. B. de. *A simbiose do bacilo icteróide com um bolor. Focalização da febre amarella no interior dos domicilios. Communicações lidas perante a Academia Nacional de Medicina do Rio de Janeiro*. Rio de Janeiro: Typ. Leuzinger, 1900.

LACERDA, J. B. de. *Fastos do Museu Nacional do Rio de Janeiro: recordações históricas e científicas fundadas em documentos autênticos e informações verídicas*. Obra executada por indicação e sob o patronato do sr. ministro do Interior dr. J. J. Seabra pelo dr. J. B. de Lacerda diretor do mesmo Museu. Acompanhada de numerosas fotogravuras inseridas no texto. Rio de Janeiro: Imprensa Nacional, 1905.

LATOUR, B. *Les Microbes: guerre et paix suivi de irréductions*. Paris: Éditions A. M. Métailié, 1984.

LATOUR, B. Le théâtre de la preuve. In: SALOMON-BAYET, C. (Org.) *Pasteur et la Révolution Pastorienne*. Paris: Payot, 1986. p.335-385.

LEMOS, F. C. Contribuição à história do Instituto Bacteriológico, 1892-1940. *Revista do Instituto Adolpho Lutz*, 14.11.1954 (nº especial).

LIMA, N. T. *Um Sertão chamado Brasil*. Rio de Janeiro: Iuperj, Ucam, 1999.

LIMA, N. T. & BRITTO, N. Salud y nación: pripuesta para el saneamiento rural. Um estudio de la Revista Saúde (1918-1919). In: CUETO, M. (Ed.) *Salud, Cultura y Sociedad en América Latina: nuevas perspectivas históricas*. Lima: Instituto de Estudios Peruanos, Organizacion Panamericana de Salud, 1996.

LÖWY, I. Yellow fever in Rio de Janeiro and the Pasteur Institute mission (1901-1905): the transfer of science to the periphery. *Medical History*, 34:144-163, 1990.

LUTZ, A. *A Opilação ou Hypoemia Intertropical e sua Origem ou Ankylostoma Duodenale e Ankylostomiase*. Rio de Janeiro: Tipografia Machado, 1888.

MARCHOUX, E. Febre amarela e malária em Vera Cruz e no México. *Imprensa Médica*, XIV(4):67-69, fev. 1906.

MARCHOUX, E. & SIMOND, P.-L. Études sur la fièvre jaune: troisième mémoire de la Mission Française à Rio de Janeiro. *Annales de L'Institut Pasteur*, 20:104-148, 1906a.

MARCHOUX, E. & SIMOND, P.-L. Études sur la fièvre jaune: quatrième mémoire de la Mission Française à Rio de Janeiro. *Annales de L'Institut Pasteur*, 20(3):161-205, mars 1906b.

MARCHOUX, E. & SIMOND, P.-L. Études sur la fièvre jaune: deuxième mémoire de la Mission Française à Rio de Janeiro. *Annales de L'Institut Pasteur*, 20:16-40,1906c.

MARCHOUX, E.; SALIMBENI, A. T. & SIMOND, P.-L. A febre amarela. Relatório da missão francesa constituída pelos Srs. Marchoux, Salimbeni e Simond. *O Brazil-Medico*, XVII(48):473-496, 22 dez. 1903a.

MARCHOUX, E.; SALIMBENI, A. T. & SIMOND, P.-L. La fièvre jaune: rapport de la Mission Française. *Annales de L'Institut Pasteur*, 17:569-580, 1903b.

MARCHOUX, E.; SALIMBENI, A. T. & SIMOND, P.-L. A febre amarela: relatório da missão francesa: *Revista Medica de S. Paulo*:12-21; 38-42, 61-66, 1904.

MILLER, P. J. *Malaria, Liverpool: an illustrated history of the Liverpool School of Tropical Medicine, 1898-1998*. Liverpool: Liverpool School of Tropical Medicine, 1998.

MUSEU NACIONAL. *João Batista de Lacerda: comemoração do centenário de nascimento, 1846-1946*. Rio de Janeiro: Departamento de Imprensa Nacional, 1951. (Museu Nacional, Publicações avulsas, 6)

NAVA, P. *Território de Epidauro*. Rio de Janeiro: C. Mendes Junior, 1947.

NEIVA, A. *Necrológio do Professor Adolpho Lutz, 1855-1940*. Rio de Janeiro: Imprensa Nacional, 1941.

OTTO, M. & NEUMANN, R. O. *Hygienisches aus Brasilien*. Separatabdruck aus der Hygienischen Rundschau, 1904, nº 22. 24 p.

PEARD, J. G. *The Tropicalist School of Medicine of Bahia, Brazil, 1869-1889*. Michigan: Columbia University, Dissertation Information Service, 1992.

PEARD, J. G. Medicina tropical en el Brasil del siglo XIX: la 'Escuela Tropicalista Bahiana', 1860-1890. In: CUETO, M. (Ed.) *Salud, Cultura y Sociedad en América Latina*. Lima: IEP/Organización Panamericana de la Salud, 1996. p. 31-52.

PENNA, B. & NEIVA, A. Expedição pelo norte da Bahia, sudoeste de Pernambuco, Sul do Piauí e de norte a sul de Goiás. *Memórias do Instituto Oswaldo Cruz*, VIII(30):74-224, 1916.

QUINTO *Congresso Brasileiro de Medicina e Cirurgia*. Rio de Janeiro: s. n., 1903. 2 v.

RIBAS, E. Profilaxia da febre amarela. *O Brazil-Medico*, XVII(35): 343-347, 15.set.1903; (36):353-357, 22.set.1903; (37):363-364, 1.out.1903; (38):374-376, 8.out.1903; (39):383-384, 15.out.1903.

ROCHA, O. P. & CARVALHO, L. de A. *A Era das Demolições/Habitações Populares*. Rio de Janeiro: Secretaria Municipal de Cultura/Departamento Geral de Documentação e Informação Cultural, 1986. (Biblioteca Carioca, 1)

SALOMON-BAYET, C. S. (Org.) *Pasteur et la révolution pastorienne*. Paris: Payot, 1986.

SANARELLI, G. Etiologia da febre amarela. *O Brazil-Medico*, ano XI(24):209-220, 22.jun.1897a.

SANARELLI, G. Etiologia e patogenia da febre amarela. *Annaes da Academia de Medicina do Rio de Janeiro*, t. 63. Rio de Janeiro: Typ. Leuzinger, 1897b.

SANARELLI, G. Étiologie et pathogénie de la fièvre jaune par le dr. Sanarelli. *Annales de L'Institut Pasteur*, 11me année, (6):433-522, juin.1897; (8):673-698, sept. 1897c.

SANARELLI, G. L'immunité et la sérothérapie contre la fièvre jaune. *Annales de L'Institut Pasteur*, 11me année, (9):753-766, oct.1897d.

SANARELLI, G. Conferência lida perante a Sociedade de Medicina e Cirurgia de São Paulo, em 8 de março de 1898 ... Primeiras experimentações sobre o emprego de serum curativo e preventivo da febre amarela. *Revista Médica de São Paulo*, ano I(2):21-27, 1898.

SANTOS FILHO, L. *História Geral da Medicina Brasileira*. São Paulo: Hucitec, Edusp, 1991. 2v.

SEVCENKO, N. *A Revolta da Vacina: mentes insanas em corpos rebeldes*. São Paulo: Brasiliense, 1984.

SILVA, L. F. F. da. Adolpho Lutz. In: ANTUNES , J. L. et al. *Instituto Adolfo Lutz: 100 anos do laboratório de saúde pública*. São Paulo: Secretaria de Estado de Saúde, Instituto Adolfo Lutz, Letras & Letras, 1992. p.157-204.

SMITH, G. JOAN. Our man in Manaus. *The University of Liverpool Recorder*, (71):4-6, apr.1976.

SOPER, F. L. et al. Yellow fever without *Aedes aegypti*: study of a rural epidemic in the Valle do Chanaan, Espírito Santo, 1932. *American Journal of Hygiene*, 18:555-587, 1933.

STEPAN, N. *Gênese e Evolução da Ciência Brasileira: Oswaldo Cruz e a política de investigação científica e médica*. Rio de Janeiro: Artenova, 1976.

STEPAN, N. The interplay between socio-economic factors and medical science: yellow fever research, Cuba and the United States. *Social Studies of Science*, 8: 397-423, 1978.

STOKES, A.; BAUER, J. H. & HUDSON, N. P. Experimental transmission of yellow fever to laboratory animals. *The American Journal of Tropical Medicine*, Baltimore, MD, 8:103-164, 1928a.

STOKES, A.; BAUER, J. H. & HUDSON, N. P. Transmission of yellow fever to *Macacus rhesus*, a preliminary note. *Journal of the American Medical Association*, 90:253-254, 1928b.

SÜSSEKIND, F. *O Brasil Não É Longe Daqui: o narrador e a viagem*. São Paulo: Companhia das Letras, 1990.

TELAROLLI JR., R. *Poder e Saúde: as epidemias e a formação dos serviços de saúde em São Paulo*. São Paulo: Ed. Unesp, 1996.

TOMES, N. *The Gospel of Germs: men, women and the microbe in American life*. Cambridge: Harvard University Press, 1998.

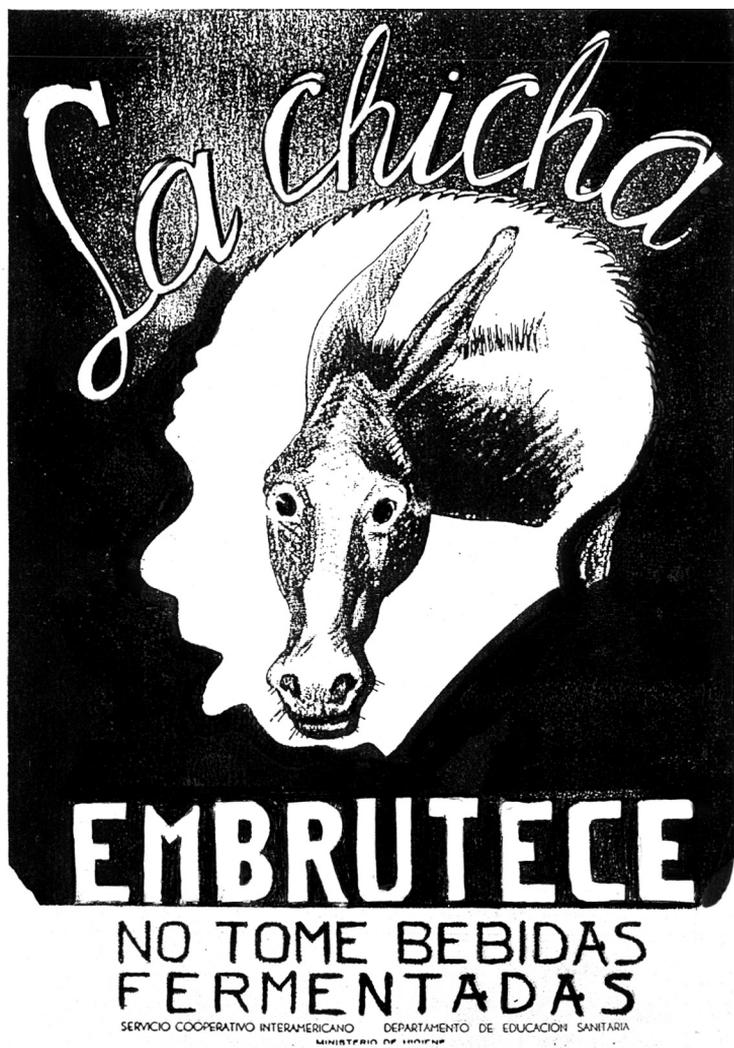
UNITED STATES MARINE HOSPITAL SERVICE. *Report on the Etiology and Prevention of Yellow Fever by George M. Sternberg*, Lieut. Colonel and Surgeon, U. S. Army. Published by order of the Secretary of the Treasury, in accordance with the act of Congress aproved March 3, 1887. Washington: Government Printing Office, 1890.

VALLERY-RADOT, P. Pasteur e Pedro II - Conferência realizada no Instituto Histórico e Geográfico Brasileiro, a 11 de setembro de 1929. *Revista do Instituto Histórico Geográfico Brasileiro*, 106(160): 397-411, 1930.

VALLERY-RADOT, R. *A Vida de Pasteur*. Rio de Janeiro: Casa Editora Vecchi, 1951.

VENTURA, R. *Estilo Tropical: história, cultura e polêmicas literárias no Brasil*. São Paulo: Companhia das Letras, 1991.

WARNER, M. Hunting the yellow fever germ: the principle and practice of etiological proof in late Nineteenth-century America. *Bulletin of the History of Medicine*, 59(361-383):372, 1985.

WORBOYS, M. Germs, malaria and the invention of mansonian tropical medicine: from 'diseases in the tropics' to 'tropical diseases'. In: ARNOLD, D. *Warm Climates and Western Medicine: the emergence of tropical medicine 1500-1900*. Amsterdan, Atlanta: Rodopi, 1996. p.181-207.

Cartaz utilizado entre 1946 e 1948 na campanha antialcoólica pelo Departamento de Educação Sanitária, Ministério da Higiene da Colômbia. Reproduzido de *La derrota de un vicio. Origen e historia de la chicha (Bogotá, Editorial Iquima*, 1950), de Jorge Bejarano.

Luta Antialcoólica e Higiene Social na Colômbia, 1886-1948*

Carlos Ernesto Noguera

* Esse trabalho é resultado da pesquisa 'El tránsito desde la higiene a la medicina tropical y la salud pública en Colombia', financiado pelo Instituto Nacional de Salud, pelo Colciencias e pela Facultade de Medicina da Universidade Nacional da Colombia. Tradução de Paulo M. Garchet.

Os médicos do final do século XIX e da primeira metade do século XX usavam o termo 'enfermidades sociais' para referir-se tanto a algumas doenças contagiosas (sífilis, tuberculose) como a outros males que afetavam amplos setores da população (alcoolismo). Fundamentalmente, falavam de 'enfermidades sociais' para assinalar um conjunto amplo, imprecisamente delimitado, de sintomas e sinais que afligiam o 'corpo social' e cujas conseqüências mais evidentes eram a degeneração fisiológica e moral.

As doenças venéreas – em particular a sífilis –, como também o alcoolismo, a lepra, a tuberculose, a epilepsia e, mais ainda, a prostituição, a criminalidade, a mendicância e a loucura formavam o amplo espectro das enfermidades sociais e suas conseqüências. Além da diversidade de entidades patológicas envolvidas e da imprecisão de seus limites, a principal característica dessas enfermidades era sua localização na fronteira entre a ciência e a moral. Em nenhum outro caso se percebe com tanta clareza a impossibilidade dos médicos em estabelecer limites precisos entre o conhecimento científico e os preconceitos e preceitos morais de sua época. Antes que um problema para o exercício da profissão médica, no entanto, tal impossibilidade se constituiu em um dos mecanismos centrais que permitiram aos médicos entrar no novo cenário social e disputar o controle de amplos setores da população até então em mãos de outros agentes sociais e da Igreja.

Com argumentos derivados da fisiologia, da química e da biologia, os médicos conseguiram dar um tom científico e, por conseguinte, de autoridade a seus preconceitos morais e elitistas diante dos comportamentos e hábitos mais arraigados dos setores pobres da população do país. Contribuíram, assim, para implantar, em amplos setores da população nacional, um conjunto de novos hábitos e atitudes que obedeciam a uma nova maneira de ver e entender o mundo: o moderno, o progresso. A luta contra as doenças venéreas e, em particular, a luta contra o alcoolismo foram, então, contribuições dos médicos e higienistas para o processo de modernização do país, na medida em que concorreram para a depreciação de certos valores e costumes tradicionais e, em troca, para o fomento de outros considerados modernos. Assim, em questão de meio século, a fabricação e o consumo de uma bebida ancestral como a chicha[N.T. 1] foram substituídos pela moderna e 'higiênica' cerveja. Com o desaparecimento daquela, foram

[N.T.1] Chicha: bebida feita por meio da fermentação do milho em água açucarada.

sumindo sucessivamente as chicherias (espaço central de socialização dos setores pobres das cidades), as alpargatas (calçado camponês feito com fibras vegetais), a ruana[N.T. 2] (produto ancestral elaborado com lã de ovelha, típico das regiões altas da cordilheira andina) e outros produtos que identificavam os camponeses e 'operários'[1] das cidades e aldeias das regiões altas da cordilheira andina. Como certas edificações também foram sendo desprestigiadas, dando lugar, pelo menos no imaginário social, à habitação higiênica, vale dizer, ao lar, única maneira 'decente', isto é, higiênica de viver. Vêm daí os grandes projetos – iniciados durante a segunda década do século XX – de construção de 'bairros operários' nas principais cidades.

O presente trabalho pretende dar uma visão panorâmica da luta antialcoólica empreendida pelo corpo médico colombiano até a segunda metade do século XX, luta esta que, apesar de apresentar-se como uma luta contra o alcoolismo, em geral concentrou sua atenção em uma única bebida, a mais tradicional e de maior consumo no país, particularmente entre as populações camponesas e indígenas das zonas altas da cordilheira andina colombiana. 'Tóxico maldito', 'veneno da raça', 'causador de degeneração física e moral', a chicha foi o objeto privilegiado das preocupações higiênicas e o alvo da nova artilharia médica – a ciência higiênica – que, ao longo da primeira metade do século XX, intensificou seu bombardeio logrando, ao final da década de 40, desferir o golpe final que em poucos anos faria dessa bebida um símbolo do passado, mais um exemplo do artesanato popular, elegendo, em troca, a cerveja – 'higiênica e moderna' – como a nova bebida das maiorias camponesas e operárias do país.

A Luta Antialcoólica: da chicha à cerveja

> Tão antigo é, Senhor, o uso das bebidas fermentadas que ao dilúvio geral das águas seguiu-se sucessivamente outro dilúvio geral de bebidas vinosas.
>
> Todas as nações, por mais bárbaras que fossem, descobriram com sua indústria a maneira de compor vinhos à sua moda. Quase tão antiga como isso é a opinião geral de que os homens não podem viver sem bebidas fermentadas. E eliminar esse conceito seria tentar algo impossível. Do uso moderado passa-se facilmente ao abuso, e este é o ponto

[N.T.2] Ruana: espécie de poncho colombiano, geralmente aberto na frente, e que se joga sobre os ombros, em oposição ao poncho típico que se veste pela cabeça.

> que sempre prevaleceu entre as camadas inferiores dos povos de todas as nações.
>
> José Celestino Mutis, Santafe, 13 de maio de 1771

Ainda que, em fins do século XIX e início do XX, se consumissem na Colômbia bebidas alcoólicas importadas como vinho, conhaque, uísque, cerveja, absinto e outras, a campanha antialcoólica concentrou-se nas nacionais: garapa, aguardente e chicha. As duas primeiras eram produto da fermentação da cana-de-açúcar, e a terceira, uma bebida ancestral das populações indígenas que habitavam a zona central do país. Era fabricada por meio de um processo de fermentação do milho e fez parte da dieta cotidiana de indígenas e camponeses até a primeira metade do século XX. Tinha, também, um uso ritual em cerimônias e festividades. O consumo (uso e abuso) não era exclusivo de nenhum setor social, mas, apesar disso, a campanha assestou suas baterias contra os setores populares. Em particular, teve um alvo específico, e é possível afirmar que sua ação e seus principais resultados referem-se à população indígena e campesina que habitava o altiplano que se estende entre os departamentos de Cundinamarca e Boyacá, na cordilheira oriental dos Andes colombianos. Referem-se, portanto, à chicha, bebida popular e ancestral dessa região, a mais populosa da Colômbia.

Mas a chicha não foi sempre exclusividade dessa região: seu 'irresistível' sabor e seus efeitos alimentícios, estimulantes ou degenerativos (conforme o lugar de onde se olhe), alcançaram regiões distantes onde tradicionalmente a garapa e a aguardente eram o 'pão' de cada dia. Foi o caso de Antioquia, departamento localizado no noroeste da Colômbia, no qual a aguardente era a bebida costumeira. Em sua tese de graduação de 1899, o doutor Tomás Quevedo Alvarez via com preocupação a propagação do consumo de chicha entre o povo de Antioquia:

> Afortunadamente o absinto se estendeu muito pouco em Antioquia, até hoje. Por outro lado, a chicha, bebida primitiva e mal preparada, originária de Cundinamarca, que produz uma intoxicação chamada 'chichismo' devida a uma ptomaína especial, começou a exercer sua influência embrutecedora no baixo povo de Medellín. (Quevedo Alvarez, 1899:3)

Em 1913, no contexto do Congresso Médico Nacional, o doutor Luis Cuevo Márquez apresentou um estudo sobre o consumo de álcool na Co-

lômbia, o qual constituiu-se – apesar das dificuldades na coleta de dados, como o próprio autor o reconhece – em um dos trabalhos mais importantes sobre o tema realizado na Colômbia durante a primeira metade do século XX. Nove anos mais tarde, o dr. Eliseo Montaña, interpretando os números do estudo de Cuervo Márquez, assinalava a quantidade de litros de bebidas alcoólicas consumidos nas distintas regiões e zonas climáticas do país: nas zonas frias, onde predominava a chicha, o consumo médio anual era de 450.000 litros; nas temperadas, onde a garapa era a bebida corrente, a média era de 135.000 litros anuais; nas zonas quentes, onde predominava a aguardente, o consumo chegava a 297.000 litros por ano (Montaña, 1922).

Ao colocar a chicha como a bebida alcoólica mais consumida, esses números, ainda que poucos confiáveis, constituíram o argumento mais evidente na orientação da campanha antialcoólica em função do 'licor' ou 'veneno amarelo', como também era conhecida à época.

O 'Chichismo' e seus Efeitos

Entre as muitas conseqüências que foram atribuídas ao consumo habitual da chicha, uma em particular chama a atenção por seus múltiplos significados e por seu uso indiscriminado entre os higienistas e o público em geral: o embrutecimento.[2] Mescla de entidade patológica, chamada publicitária e injúria, o embrutecimento seria como que um processo degenerativo de idiotia, estupidez e insensatez que atacava os achichados. Foi associado à timidez e à desconfiança manifesta na população campesina e indígena do altiplano que se estende entre os departamentos de Cundinamarca e Boyacá e no braço oriental da cordilheira dos Andes colombianos – comportamentos que um intelectual da época catalogou como produto de uma espécie particular de entidade patológica: a 'melancolia indígena' (Solano, 1929). Para Armando Solano, a expressão de tristeza, isolamento e desconfiança da população campesina dessas regiões era fruto de uma tendência atávica cujas raízes mergulhavam nos tempos da conquista, quando, expropriados e violentados, os povos indígenas assumiram sua condição de escravos e derrotados ante a superioridade espanhola. Essa idéia, comum entre a elite intelectual do início do século XX, foi apoiada, no terreno médico, pelo dr. Luis López de Mesa, psiquiatra antioquenho que interpretou o comportamento dos camponeses de Cundinamarca e Boyacá como um claro sinal da influên-

cia negativa do clima, da chicha e da herança ancestral de um povo abatido e melancólico.

Mas a ação negativa da chicha não se limitava ao sistema nervoso e ao cérebro. Segundo o médico Liborio Zerda, primeiro a denunciar o caráter mórbido desta bebida, a chicha produzia uma enfermidade chamada 'pelagra', cuja manifestação particular consiste no surgimento de manchas vermelhas na pele, que secam e se desprendem em forma de escamas. O estado geral de saúde não se altera imediatamente, mas ao cabo de vários anos aparecem sintomas como vertigem, inapetência, fraqueza extrema, convulsões e, finalmente, a morte. Segundo o dr. Zerda (1889), a pelagra era produto da ação do milho, base da chicha. Mais precisamente, de uma matéria que a intensa fermentação e a decomposição do milho produziam: a chamada 'ptomaína da chicha', base orgânica extraída da matéria albuminóide em putrefação.

Anos mais tarde, um discípulo do dr. Zerda, o médico bogotano Josué Gómez, realizou outro estudo que complementou o de seu mestre e assestou outro duro golpe contra a chicha: segundo Gómez, o consumo habitual do licor amarelo produzia uma entidade mórbida particular que não podia confundir-se com o alcoolismo e à qual denominou 'chichismo'. Os sintomas que o próprio Gómez descreve para essa enfermidade revelam os preconceitos do olhar médico sobre os setores populares:

> São indivíduos em geral facilmente reconhecíveis com pouco exame físico por parte do médico. De fato, é comum entre eles o abandono quase total de seus antigos costumes: gasto o chapéu de uso primitivo, recorrem ao chapéu velho de cavalheiro andante da cidade, alguns portando até dois, um sobre o outro; substituem as calças de manta pelas calças puídas de tecido; os que usam camisa, vestem seus últimos vestígios (...) chegam ao extremo de não renunciar a seu pobre e único vestuário (...) Já em seus respectivos leitos, despojados de seus farrapos, a inspeção revela neles uma pele grossa, seca, dura, áspera, rasgada em todas as direções pelas unhas das mãos e dos pés, cobertas de pápulas de prurigem, efeito da incúria e da presença de uma rica criação de piolhos. (Goméz, 1914:304-305)

O 'chichismo' foi, então, uma maneira de designar, não apenas o resultado do consumo habitual da chicha, como, e sobretudo, o produto da pobreza e da miséria em que viviam amplas massas da população. Apesar disso, convertido em entidade mórbida, produto da chicha, sua etiologia assinalava o comportamento perverso (viciado) de um indivíduo,

com isso impedindo que se considerassem fatores socioeconômicos mais amplos e decisivos.

A Polêmica sobre a Chicha: entre a tradição e a modernidade

Em torno do caráter mórbido da chicha, em particular sobre a possível ptomaína produzida na intensa fermentação, gerou-se, até a década de 1930, uma forte polêmica que envolveu especialmente dois médicos colombianos de renome. Para além das discussões científicas, no entanto, a polêmica em torno da chicha esteve sempre marcada pelos conceitos e preconceitos. A maior parte dos médicos higienistas não poupava argumentos para catalogar aquela bebida como 'imunda', e seus consumidores como 'desavergonhados', 'degenerados', 'maltrapilhos'.

Em março de 1936, o químico bogotano Antonio María Barriga Villalba iniciou um encarniçado ataque contra os detratores da chicha. O cenário da polêmica foi o diário *El Tiempo*, que publicou uma carta sua dirigida a Armando Solano. O motivo: a chicha havia sido injuriada. Em tal carta, Barriga perguntava: "Por que motivo se conclui hoje que a bebida é tóxica? Por que se afirma que é a fonte de tantas desgraças? É certo que um veneno mortal e sutil leva nosso povo a uma desgraça fantástica?" (Barriga Villalba, 1937a:57).

Depois de quase 50 anos sem qualquer discussão em torno dos resultados dos estudos de Zerda, um médico duvidava da morbidade da bebida popular e, por conseguinte, da validade dos estudos do mestre. Com o argumento de que, graças às transformações na maneira de fabricar a chicha, já não se produzia a famosa toxina do dr. Zerda, Barriga defendia o consumo da bebida nos setores populares como mecanismo suplementar de energia em sua exígua dieta.

Jorge Bejarano, principal opositor de Barriga e partidário da luta contra o 'licor amarelo', não tardou em responder aos argumentos de seu colega. Sua principal acusação referia-se à escassa solidez das provas de laboratório e ao evidente peso "sentimental" dos argumentos de Barriga. No entanto, concedendo inclusive valor aos resultados das análises de laboratório, Bejarano chamava a atenção para as conseqüências sociais e biológicas da chicha, uma vez que, como ele mesmo dizia, "o critério químico não pode, pois, guiar o critério higiênico e social" (Bejarano, 1937b:72). Contradizendo as afirmações de Barriga referentes à superioridade da chicha sobre as cervejas, Bejarano afirmava:

> Seria longo e prolixo discorrer sobre as causas dessas diferenças de ordem química, higiênica, de técnica e procedência das duas bebidas. O que se impõe por si só, porém, é a comparação entre os povos que há séculos consomem cerveja e nossas raças bebedoras de chicha. Observe-se o operário alemão ou inglês e digam os químicos que diferenças de toda ordem há em relação aos habituais bebedores do licor nacional. (Bejarano, 1937b:72)

Esses argumentos, somados à redução ou abandono do consumo da chicha que Bejarano atribuía à mudança de trajes dos operários e empregadas domésticas, põem-nos diante dos fundamentos da batalha higienista contra a bebida popular: tratava-se de uma reação moderna e urbana a costumes e hábitos tradicionais, campesinos e, portanto, obsoletos e anti-higiênicos. Em contrapartida, Barriga, preso à química e ao laboratório, olhava mais com certa nostalgia a maneira como se perseguia e erradicava um costume popular que durante séculos havia identificado o povo de uma região. Seus argumentos revelam, porém, o duplo olhar que certos setores da elite lançavam sobre a população consumidora do 'licor amarelo':

> Falar da chicha como 'um dos mais temíveis fatores sociais que contribuíram para tornar sórdida e miserável a vida do índio que povoou nossas savanas', como diz o professor Bejarano, é negar a história que escreveram com sangue de bravos esses mesmos peões que bebem a chicha e a quem o político, quando se aproximam as eleições, chama criadores de riqueza, o braço da República, os soberanos da democracia, mas que, em horas de trégua eleitoral, são os índios degenerados, as massas selvagens, viciosas, os genitores de monstros. (Barriga Villalba, 1937b:66)

Porém, quem realmente triunfou nessa contenda foi a cerveja, ou melhor, as cervejarias. Desde o início do século, os médicos vinham insistindo na necessidade de substituir a chicha por uma bebida 'higiênica'. Em sua tese de graduação, o dr. Benjamin Fajardo anunciava:

> Chegou a vez de nossa suja, tóxica e embrutecedora bebida popular, a chicha, que já deveria ter-se apagado de nossa relação de bebidas, mas que, por omissão e falta de meios práticos, continua envenenando nossas massas populares. A maneira de acabar com ela seria substituí-la por outra bebida não tóxica, agradável, barata e nutritiva. (Fajardo, 1918:63)

Essa bebida, claro, seria a cerveja, pois sua produção e distribuição, ao contrário da artesanal indústria da chicha, requeria o uso de equipamentos

e tecnologia avançados, fator importante para que fosse considerada higiênica. Os médicos que participaram da campanha antialcoólica estavam conscientes da dificuldade em convencer o povo a transformar seus hábitos de consumo. Geraram-se, então, duas estratégias distintas: alguns propunham a 'higienização' da chicha, vale dizer, sua produção, distribuição e consumo em condições controladas e que respeitassem as normas da higiene, enquanto outros sugeriam fabricar cervejas de milho, talvez pensando que, em se conseguindo bons resultados, daí à cerveja de cevada não haveria senão um passo mais a dar.

Houve importantes tentativas em ambos os sentidos. O mais importante ensaio de higienização da chicha esteve a cargo de um empresário bogotano, Abrahan Martinez, que em 1920 levou à consideração da Dirección Nacional de Higiene uma bebida fabricada com base na fermentação do milho a que denominou 'maizola'. Os resultados das análises feitas no Laboratorio Municipal Samper Martínez foram satisfatórios e a bebida foi apresentada em sociedade, gerando grande expectativa na imprensa do país e da cidade. Entre maio e julho desse ano, diversos jornais da capital deram destaque à notícia e, apesar do ceticismo de alguns comentaristas, manifestaram-se em geral a favor da iniciativa, desejando ao 'ativo e distinto cavalheiro' o maior sucesso em uma luta já centenária e até então perdida.

A bebida, preparada sob estritas medidas higiênicas, evitava a putrefação da substância albuminóide do milho, suposta causadora das toxinas da chicha, continha menos álcool e era mais doce. No entanto, apesar de suas 'vantagens' e do alvoroço que causou em círculos jornalísticos, médicos e religiosos, o juiz supremo, o povo, recusou a imitação e continuou com sua tradicional bebida.

No caso das cervejas de milho, o principal ensaio foi feito pela companhia Bavária – empresa fundada em 1889 pelo imigrante alemão Leo Kopp – com sua cerveja 'Cabrito'. A transição, porém, deu-se com as chamadas cervejas de pita,[N.T. 3] cervejas de alto teor alcoólico – de 7 a 9% – nas quais a rolha era fixada à garrafa por uma trança de fibras de pita, diferentemente das cervejas da companhia Bavária, em que a fixação era feita com arame. Como se verá mais adiante, os empresários cervejeiros conseguiram o que governantes, médicos, intelectuais e religiosos não haviam conseguido em séculos de luta contra o 'veneno amarelo'.

[N.T.3] No original, cerveza de cabuya.

A Campanha Antialcoólica: da educação à repressão

Em 1905, três anos depois de concluir a sangrenta Guerra de los Mil Dias,[3] o governo colombiano decide publicar um folheto intitulado Enseñanza del antialcoholismo (Ensino do antialcoolismo), texto original de Galter Boisisere traduzido para distribuição nas escolas do país. Com essa medida dava-se início à que anos mais tarde ficaria conhecida como a campaña antialcohólica. Em 1913, o Ministerio de Instrucción Pública encarregou o pedagogo católico Martín Restrepo Mejía de elaborar uma cartilha antialcoólica, publicada no mesmo ano pela Imprenta Nacional para uso nas escolas primárias do país.

Tratava-se de um impresso ilustrado com 112 páginas, elaborado para leitura em duas direções que se intercalam ao longo de todo o corpo da publicação. A cartilha se inicia com duas páginas ilustradas com quadrinhos onde se esboça a vida de dois irmãos, com comentários referentes a suas formas de vida, seus interesses e suas expectativas. Seguem-se outras duas páginas de texto onde se expõem 'cientificamente' os horrores do vício alcoólico. Assim, ao longo de todo o impresso, crianças e professores podiam acompanhar a história da vida de 'Tomás, el borracho' (Tomás, o beberrão) e 'Luis, el juicioso' (Luís, o ajuizado) enquanto aprendiam a composição química das diferentes bebidas alcoólicas, os procedimentos usados em sua produção e, sobretudo, os grandes males que seu consumo gerava, tanto nos viciados como em sua descendência.

Luís, o ajuizado, é o exemplo de moralidade e virtude: estudioso, trabalhador, abstêmio. Logo se casa com uma senhora honesta e a leva para morar em uma casa onde sobressaem, ainda que com modéstia, os móveis característicos de uma família 'civilizada': sala de jantar, biblioteca, escritório, jarros com flores, quadros, cortinas... Sobressai, além disso, a indumentária típica do cachaco (nome com que se designava no início do século o bogotano de 'boa família'): chapéu, gravatinha, jaleco.

Tomás, o beberrão, representa, pelo contrário, a imagem que a elite construiu do homem do povo. Passa grande parte de sua vida na taverna e no bilhar Tres Estrellas; casa-se com uma mulher humilde, objeto das freqüentes iras de seu marido ébrio. Sua casa, pintada como um pequeno espaço onde a falta de móveis é a característica, é um lugar sórdido onde se refugia uma triste e sombria família. Por sua condição de ébrio, Tomás perde o emprego, gasta o pouco dinheiro que consegue em bebida e em jogo, maltrata a mulher e os filhos; enfim, o símbolo do povo degenerado e prisioneiro do vício.

A essa altura, o final da história é previsível. Tomás, pressionado pela miséria, rouba e comete um crime; é preso e obrigado a trabalhos forçados; na primeira oportunidade foge e, aproveitando uma rebelião contra o governo, se une aos revoltosos; o álcool, porém, minara suas forças, e ele não consegue acompanhar a marcha dos companheiros. A tropa oficial encontra-o sozinho, e devido a seu estado mental é levado a um manicômio, onde dias depois se suicida para fugir dos fantasmas que o perseguem: imagens de sua esposa perambulando com sua filha nos braços, suplicante e mendicante, e de seu filho cambaleante com uma garrafa de bebida na mão. Luís, pelo contrário, apesar de ter perdido todos os seus bens devido a um negócio fracassado, encontra emprego, recomeça a vida e consegue recuperar seus bens. Quando estoura a rebelião, não hesita em alistar-se nas forças governamentais para defender a pátria e o governo; como não precisava beber aguardente para fazer aflorar sua valentia no campo de batalha, consegue sobreviver, e finalmente é condecorado como herói.

Apesar das reedições dessa publicação, nas conclusões do Congresso Pedagógico de 1917 aparece assinalada a necessidade de redação e adaptação de uma cartilha para ensino antialcoólico em todos os estabelecimentos de educação do país, fato que põe em dúvida a conveniência da difusão e a utilidade da cartilha de Restrepo Mejía.

Um dos líderes políticos que mais se preocuparam com o problema do alcoolismo e que não pertencia à agremiação médica foi o general liberal Rafael Uribe Uribe, que, como senador da República, apresentou, em 1912, um projeto de lei sobre regulamentação das bebidas alcoólicas. Alguns anos depois, a Revista Nacional de Agricultura publicaria um capítulo de um livro de Uribe Uribe no qual o general ressaltava a necessidade de fomentar o consumo do café na Colômbia como medida de combate ao consumo excessivo de álcool. Influenciado pelas observações sobre o consumo habitual de café da população brasileira, Uribe propunha a criação de cafés ao estilo do Rio de Janeiro ou de Buenos Aires, detalhando, inclusive, a maneira como se preparava o café nesses locais e incluindo gráficos que ilustravam as máquinas usadas na preparação da bebida. O texto, escrito à maneira de carta a um hipotético amigo, encerrava-se com estas sugestivas frases:

> Se você e a Sociedade de Agricultores não se adiantarem a mim, estou decidido, quando voltar, a tornar-me empresário de cafés de bairros, e terei muita honra em servir por minhas mãos aos operários, quando

> passem para seu trabalho, uma bebida sã, em vez da venenosa aguardente ou da nauseabunda chicha. (Uribe Uribe, 1915:523)

Desafortunadamente para o general, seu projeto seria truncado por seu assassinato em plena Plaza de Bolívar, em 14 de outubro de 1914, pelas mãos de dois artesãos que, armados com machados, ceifaram sua vida diante do Congresso Nacional.

Durante a celebração do Primer Congreso Pedagógico Nacional em 1917, o dr. Eliseo Montaña fez uma exposição sobre o problema do alcoolismo e conseguiu incluir entre as conclusões do evento uma petição ao governo para que se organizasse a luta antialcoólica, na qual se recomendavam – entre outras – medidas como a implantação de ensino antialcoólico em todos os estabelecimentos educacionais do país, a redação e adaptação de uma cartilha sobre o tema, o fomento de sociedades e ligas de temperança e o encaminhamento ao Congresso da República de um pedido para expedição de uma lei que regulamentasse e limitasse o consumo de bebidas alcoólicas.

Em 1918, por ocasião do Terceiro Congresso Médico Nacional, verifica-se que a preocupação com o alcoolismo aumentara entre os médicos: duplicou o número de trabalhos apresentados sobre o tema em relação ao congresso anterior e aprovou-se um voto solicitando ao governo que organizasse o combate ao alcoolismo em todo o território nacional. No ano seguinte, as assembléias departamentais de Cundinamarca e Santander discutiram projetos de regulação da produção e do consumo de bebidas alcoólicas. Só em 1922, no entanto, o tema voltou à pauta no Senado, em discussões que resultaram na promulgação da Lei 12 de 1923, logo anulada em meio a renovados debates seguidos da aprovação de uma nova medida sobre luta contra o alcoolismo, a Lei 88 de 20 de novembro de 1923.

Acentuaram-se as ações repressivas e fez-se evidente o alvo central da campanha: a chicha. Oficializando a luta antialcoólica, a Lei 88 outorgou aos departamentos a exclusividade na administração da renda de licores, facultando-se às assembléias departamentais gravar com impostos as bebidas destiladas estrangeiras e as fermentadas (chicha e garapa), excetuando-se as águas gasosas e as cervejas. Além dos gravames, porém, a lei proibia a venda daquelas bebidas fermentadas, excetuadas novamente as cervejas fabricadas de acordo com a lei, das seis da tarde às seis da manhã e nos domingos, dias festivos, dias de mercado e feiras, vale dizer, justamente nas horas e dias em que o povo costumava desfrutar sua bebida

preferida. A perseguição estendeu-se a teatros, cinemas, bailes populares, circos de variedades e a toda classe de espetáculos públicos, reuniões políticas de caráter popular, casas de lenocínio, ruas e praças (artigo 8º).

Desde 1911, por meio de uma Resolução do Conselho de Bogotá[N.T. 4] e usando-se como argumento o aspecto 'bárbaro' que as chicherias do centro apresentavam aos olhos dos estrangeiros que visitavam a cidade, proibira-se a presença de lojas de venda de chicha no centro e na zona norte da cidade (Llano & Campuzano, 1994). Anos mais tarde, uma nova resolução, o Acuerdo nº 14 de 1916, dividiu os estabelecimentos de venda de bebidas alcoólicas em três categorias: aqueles onde se vendiam chicha e alimentos, aqueles onde se consumiam chicha e/ou bebidas destiladas e aqueles onde se vendiam alimentos e bebidas fermentadas outras que não a chicha (cerveja e vinho). Os primeiros deviam pagar um imposto maior que os do segundo tipo, enquanto os terceiros ficavam isentos de qualquer gravame.

Até 1922, dois novos acuerdos estabeleceram, o primeiro, os pontos onde se deveriam localizar as chicherias, e o outro, a proibição de venda de todo tipo de bebidas alcoólicas a partir das oito da noite em dias feriados. No ano seguinte, a Assembléia de Cundinamarca decretou um imposto de um centavo por litro de chicha, medida que gerou uma série de protestos violentos durante duas noites consecutivas entre a população 'operária' de Bogotá. A beligerância dos manifestantes e os danos às chicherias e outros prédios foram de tal ordem que o escritor Luis Tejada não hesitou em qualificar esse levante popular como a 'revolução da chicha' (Tejada, 1977).

Enquanto se perseguia a chicha, favorecia-se, no entanto, a cerveja: exatamente um ano após o levante popular, a Dirección Nacional de Higiene, por intermédio de seu diretor, dr. Pablo García Medina, autorizou a distribuição e venda em todo o território colombiano das cervejas Stout, Pilsener, Bock e La Pola, da fábrica da Bavária em Bogotá (Dirección Nacional de Higiene, 1924).

'A Derrota de um Vício'... O Nascimento de Outro

> O [dia] 1º de janeiro de 1949 marca uma conquista definitiva no campo social. Pela primeira vez na história do país produz-se uma modificação de costumes e, também pela primeira vez, derrubam-se uma crença e um vício seculares cuja existência, pensava-se, estava assegurada pela tradição e pela influência política. (Bejarano, 1950:18)

[N.T.4] No original, 'Acuerdo del Consejo de Bogotá'.

Com essas palavras, o médico Jorge Bejarano dava conta da vitória na luta antialcoólica iniciada quase 50 anos antes, em que se reafirmara a perseguição à chicha, que vinha desde os primeiros dias da colônia. Talvez a primeira medida governamental contra a bebida popular tenha sido tomada em 1658 pelo presidente da Real Audiencia (Tribunal) del Nuevo Reino de Granada, Dionisio Pérez Manrique, que nesse ano expediu um auto onde proibia o consumo de chicha devido aos "mui graves erros, pecados e ofensas", desonestidades, mortes, aleivosias e outros excessos que comete "o povo baixo" sob seus efeitos (Salgado Gómez, 1934:245). Em 1687, o arcebispo de Santafé proibiu o uso e a venda da chicha sob pena de excomunhão, mas pouco depois, em vista do reduzido efeito que sua medida tivera entre o povo, viu-se obrigado a revogar a resolução para evitar o desacato a sua autoridade (Salgado Gómez, 1934). Em 1748, outro arcebispo, Pedro Felipe de Azúa, fez novamente publicar um édito em que ordenava fechar nos dias de festa as "casas onde se vende a bebida vulgarmente chamada chicha" e conseguiu que fosse expedida uma 'Real Cédula' em que o rei da Espanha solicitava a elaboração de um estudo sobre as características da bebida e a maneira de prevenir seu abuso entre o povo, com vistas a determinar a conveniência de sua total proibição. Isso não chegou a acontecer de pronto, e só no início da República, em 4 de abril de 1820, veio a ser promulgada nova medida em que, em vista dos efeitos desastrosos produzidos pela chicha na divisão Valdés do Exército Libertador, Simón Bolívar decretou a proibição "desde agora e para sempre" da existência de chicherias em Sogamoso (Bejarano, 1950:10).

Mas o golpe jurídico final contra a chicha foi dado em 5 de novembro de 1948, com a Lei 34, que estabeleceu condições estritas para fabricação e venda de bebidas fermentadas derivadas de arroz, milho, cevada e outros cereais. Tais medidas exigiam determinados procedimentos e a utilização de aparatos e sistemas técnicos, bem como determinados padrões de produto impossíveis de obter com os processos artesanais que a produção da chicha exigia.

A expedição da Lei 34 no ano de 1948 tem, certamente, uma explicação: a revolta popular de 9 de abril, o chamado Bogotazo, cujo estopim fora o assassinato do líder liberal Jorge Eliécer Gaitán. A agressividade e a violência com que reagiram os setores populares ao homicídio de seu líder foram consideradas pelas elites como uma demonstração de barbárie, fruto da decadência geral de que vinham padecendo. Nas palavras do ministro de Higiene à época:

> O dia 9 de abril de 1948 pôs em evidência, e de forma impressionante, as graves falhas morais que adoecem um enorme setor da classe trabalhadora. Nem educação, nem disciplina, nem sobriedade, nem organização familiar foram suas virtudes mais aparentes. Este o critério que orientou o Ministério de Higiene no sentido de aproveitar a dura lição de 9 de abril e fazer um esforço pela total eliminação de muitos fatores que vinham operando como dissolventes, não só da saúde física do povo, como também e principalmente da raça e de sua capacidade econômica. (Bejarano, 1950:16)

Um desses fatores dissolventes era, é óbvio, a chicha. Ainda que a Lei 34 não seja uma medida explícita contra a bebida popular, seus propósitos são bastante claros: de um lado, tecnicizar (higienizar) a fabricação das bebidas fermentadas mediante o estabelecimento de certos procedimentos e padrões industriais; de outro, restringir a produção de determinadas bebidas fermentadas ou, em outras palavras, favorecer o processo de produção de certas bebidas fermentadas. Tudo isso representava um incentivo à crescente indústria cervejeira que há várias décadas vinha fazendo esforços para capturar o mercado da chicha, ajudada, entre outras coisas, pelas denúncias dos higienistas contra o 'veneno amarelo'.

Diferentemente de países que, como os Estados Unidos, adotaram rígidas posturas no combate ao alcoolismo (a proibição), a Colômbia se caracterizou por uma posição mais branda, onde o temor dos estragos produzidos pelo álcool viu-se matizado pela consideração da inevitabilidade do consumo de bebidas alcoólicas pela maioria da população. Em alguns casos, além de tal consideração, chegou-se até a negar que o álcool fosse daninho em qualquer circunstância. Em sua tese de graduação, referindo-se às medidas proibicionistas norte-americanas, o dr. Tomás Quevedo dizia: "não reconhecendo que o álcool seja prejudicial em todos os casos e em qualquer quantidade, não poderíamos aceitar um sistema tão extremado" (Quevedo Alvarez, 1899:47). Assim, a luta antialcoólica colombiana nunca se propôs a proibir a venda e o consumo de bebidas alcoólicas; tratou de restringir seu consumo, ou por meio de medidas como o monopólio da destilação, ou de campanhas educativas como a chamada enseñanza antialcohólica nas escolas, das conferências antialcoólicas, da criação e popularização de bibliotecas públicas, do fomento aos esportes e diversões 'sadias' como o cinema, o teatro, o baile etc. Por outro lado, buscou melhorar (controlar, tecnicizar, higienizar) a produção de certas bebidas como a aguardente, a garapa e a chicha (recorde-se o caso da maizola, ou 'chicha higiênica').

Assim, portanto, se houve proibicionismo ou abolicionismo na luta antialcoólica colombiana, este se concentrou em uma só bebida: a chicha. Esse o consenso de todos os médicos que, desde o final do século XIX, ocuparam-se do tema do alcoolismo no país. E foi, sem dúvida, o fator determinante no resultado final da campanha ao encerrar-se a década de 1940. Mas o consenso contra a chicha esteve associado à necessidade de substituí-la por outra bebida menos tóxica, e a escolhida foi a cerveja. Não só foi ela proposta como alternativa, como, em muitos casos, exaltaram-se suas qualidades, declarando-a bebida alimentícia, sadia e higiênica. Em sua polêmica com o dr. Barriga Villalba, talvez o único defensor do 'licor amarelo', Jorge Bejarano chegou a referir-se à cerveja como o 'pão líquido'.[4] Em um estudo apresentado no Congresso Médico Nacional de 1913, o dr. Cuervo Márquez dizia: "a cerveja Cabrito da Germania, cuja análise se transcreve, é uma bebida alimentícia e sã" (Cuervo Márquez, 1913:256). Em sua tese de graduação, o dr. Benjamín Fajardo ressaltava os avanços na produção de cerveja no país e não hesitava em afirmar a necessidade de seu fomento para substituir a chicha:

> Em cervejas sim, fizemos progressos (...) As cervejas que hoje se vendem no comércio, salvo desonrosas exceções, são recomendáveis. Nas atuais circunstâncias, seria pedir muito que as de preço mais baixo e que deram boas provas químicas fossem eximidas do pagamento do centavo regulamentar? A razão em que fundamos nosso pedido é a concorrência que se faria à chicha. (Fajardo, 1918:63)

Paralelamente a esse apoio explícito do setor médico, as próprias empresas cervejeiras empreenderam uma dura batalha contra seu grande inimigo: uma das medidas estratégicas adotadas pela Bavária, principal fábrica do país, foi elaborar uma cerveja à base de milho, em vez de cevada, com a intenção de seduzir o paladar dos bebedores de chicha. A cerveja chamou-se Cabrito e mereceu elogios higiênicos como o do dr. Cuervo Márquez. Mas a batalha das cervejarias de grande escala não foi só contra a chicha e seus produtores: pequenos fabricantes de cerveja entraram na concorrência com bons resultados, a julgar pelos índices de consumo das chamadas cervejas de pita (assim denominadas por terem a rolha presa à garrafa por uma trança de pita, não por arame, como as das grandes cervejarias como a Bavária), que continham maior teor de álcool que as elaboradas pelas grandes fábricas.

A batalha pelo controle do mercado estendeu-se até 1948. Uma vez expedida a Lei 34, porém, as cifras penderam de maneira vertiginosa para a cerveja. Segundo os dados da Controladoria Geral da República, em 1938, o consumo de chicha em todo o país foi de 121.315 litros, contra 74.043 da cerveja. Em 1943, o consumo de chicha chegou a 127.540 litros e o da cerveja, a 90.760 litros. O crescimento médio do consumo de cerveja foi maior, nesse mesmo período, que o da chicha: 136% e 106%, respectivamente (Grisales Salazar, 1981). Mas onde melhor se aprecia o fenômeno é no aumento do consumo da cerveja depois de 1948: segundo um estudo citado por Grisales Salazar, enquanto entre 1946 e 1948 o consumo da cerveja aumentou 39%, entre 1948 e 1950 o aumento foi de 65%.

Assim, em um período de pouco mais de 50 anos, a luta antialcoólica na Colômbia conseguiu acabar com um 'vício' ou costume popular, mas instaurou outro que se estende até nossos dias.

O Alcoolismo, Obstáculo para o Progresso: conclusão

Para os intelectuais e políticos das primeiras décadas do século XX na Colômbia, o alcoolismo era um dos principais obstáculos que o país devia enfrentar em seu caminho para o progresso. Desde 1886, ano em que se inicia o período conhecido na história política colombiana como a Regeneración, mas particularmente desde o final da Guerra de los Mil Dias, em 1902, os diferentes governos tentaram pôr o país no rumo do progresso. A preocupação com a integração no mercado mundial, a consolidação do café como principal produto de exportação e a possibilidade de integração no circuito comercial internacional, a construção de rodovias e ferrovias foram claros sinais da nova preocupação das elites políticas e econômicas do período em questão.

Para se chegar ao progresso, porém, era preciso, fundamentalmente, um recurso particular: o chamado 'fator humano', o bem mais importante de que qualquer nação pode jactar-se, verdadeira fonte de toda riqueza. Nessa nova perspectiva, a situação fisiológica e moral da população, ou da raça, como se dizia naqueles anos, foi objeto de diversas considerações e motivo de freqüente inquietação. Uma das mais importantes considerações sobre o estado da população e das mais fortes preocupações com o futuro da raça foi o alcoolismo. Para a classe médica, em particular para os higienistas, o alcoolismo foi visto como um verdadeiro veneno racial e,

por conseguinte, inimigo do progresso. "A degeneração da raça e o crime, estes os frutos do álcool", dizia o médico Jorge Bejarano (1950).

Como inimigo, era necessário enfrentá-lo, e para isso a medicina e a higiene modernas puseram à disposição as armas mais eficazes. Em conseqüência, as ações contra o álcool se converteram em uma verdadeira 'luta', em uma 'campanha militar' contra esse particular 'inimigo da civilização'. Alguns médicos inclusive, para além das razões humanitárias, recorreram a argumentos econômicos para justificar sua luta:

> Sem ser humanitarista, por negócio se deveria prevenir. Faz negócio positivo a sociedade, e também o Estado por ter súditos mais capazes para o trabalho, mais produtivos, e o faz negativo, evitando gastos substanciais no sustento de incapazes, tarados, criminosos e doentes. (Secretaria de Higiene y Asistencia Social, 1937:9)

Mas o álcool não se constitui só em um problema morboso. A este somava-se seu caráter mortal e, portanto, sua ação aniquiladora sobre a população. Os altos índices de alcoólicos registrados nos relatórios e artigos médicos assinalavam o perigo da despovoação do país, pois

> Uma nação fracamente povoada, ainda que sua raça seja boa, é incapaz de perdurar; outra, muito povoada e com má raça, será igualmente vítima e sobre ela se farão sentir de maneira inclemente a ação da miséria, a do meio e a de outros povos, vizinhos ou distantes. O ideal é ter uma raça de bons e numerosos indivíduos. (Secretaria de Higiene y Asistencia Social, 1937:8)

A Luta Antialcoólica, Luta Higiênica da Modernidade contra os Hábitos e Costumes Populares

A luta higiênica empreendida pelos médicos do início do século XX e no contexto da qual se empreendeu a campanha contra o alcoolismo foi alimentada por um claro interesse em 'modernizar' a população, vale dizer, em fazer de camponeses e habitantes das grandes cidades verdadeiros homens e mulheres do século XX, cidadãos de um país próspero e moderno. Para tanto, foi necessário transformar certos hábitos e comportamentos que, por sua ampla tradição e por estarem arraigados na maioria da população, foram considerados tradicionais, obsoletos e anti-higiênicos. Além da chicha, perseguiram-se e condenaram-se o traje e a habitação populares.

A campanha contra a uncinariose, ou ancilostomíase, combateu não só o costume de andar-se descalço como as tradicionais alpargatas, calçado camponês feito de fibras vegetais. Também elas foram consideradas anti-higiênicas e, em seu lugar, médicos e políticos fomentaram o uso de calçados de couro. Um exemplo típico dessa atitude foi a campanha empreendida por Jorge Eliécer Gaitán – político liberal e candidato à presidência da República assassinado em 9 de abril de 1948 – na direção do Ministério de Educação pública, quando criou, em 1940, a fábrica de calçados escolares para fomentar seu uso entre os alunos das escolas públicas de todo o país.

Como um dos fatores centrais da luta contra o consumo de chicha, o médico Jorge Bejarano ressaltava a importância de mudar-se o traje dos setores populares. Em seu livro *La Derrota de un Vicio*, Bejarano assinalava o efeito positivo em operários bogotanos que haviam conseguido algumas diretorias de fábricas que, "preocupando-se com sua sorte e com o estímulo a sua personalidade, uniformizou-os, e com apenas esta mudança de indumentária viu-os prescindir do vício da chicha" (Bejarano, 1950:63).

Bejarano observa um efeito similar nas empregadas domésticas:

> E igual conseqüência podemos verificar observando o que acontecia há poucos anos com o vício da chicha entre o pessoal que faz o serviço doméstico entre nós. De alguns anos para cá, consta-nos a todos que é excepcional, quase anômala, a servente que bebe chicha. O que foi preciso para que se redimisse do costume? Simplesmente mudar seu traje. À medida que deixou o pañolón[N.T. 5] e a alpargata passou a envergonhar-se do vício. (Bejarano, 1950:64).

Outro dos aspectos-chave da luta higiênica contra as 'enfermidades sociais' foi a chamada 'habitação operária'. Ao longo de toda a primeira metade do século XX, os higienistas empreenderam uma ampla batalha contra os locais e hábitos de moradia dos setores pobres, particularmente das cidades. Como se considerava o consumo do álcool como intimamente ligado às desordens morais, a habitação operária foi erigida em espaço que buscava disputar o tempo livre do operário com a taverna: "O que tira o operário de casa para botá-lo na taverna é o horror de um alojamento asqueroso onde deve viver por culpa de uma sociedade indiferente. Dê-lhe uma casa sã e alegre e ficará nela, irá amá-la, adorá-la, e se apegará a ela" (Borda Tanco, 1920:114).

[N.T.5] Tradicional abrigo grande e solto utilizado pela população local.

Tratava-se de reter o operário em sua casa, e nada melhor para isso que um ambiente acolhedor: "Os atrativos de uma casa alegre e cômoda retêm o trabalhador fatigado pela tarefa cotidiana; e esse lar amável, onde encontra ampla compensação para suas inquietudes, lhe serve de escudo contra as seduções de fora" (Vergara y Vergara, 1919:128).

Dessa maneira, além de higienizar fisiologicamente a família operária – oferecendo luz e ventilação, evitando a promiscuidade por meio de espaços separados, dotando-a de água potável e sanitários –, a construção de uma habitação operária higiênica era defendida como um mecanismo para higienizar 'moralmente' a família, mediante a criação do lar. Não foi só um sentimento 'cristão' que orientou tais reflexões: havia uma racionalidade econômica no centro da proposta de construção do lar operário, pois, como dizia o engenheiro Vergara y Vergara,

> o abandono do lar tem conseqüências mais graves: a geração que se ergue formada na miséria e no vício e que herdou as predisposições morbosas do alcoolismo, será logo o açoite da sociedade e custará ao Estado enormes somas em hospícios, hospitais, asilos e cárceres. (Vergara y Vergara, 1919:129).

Essa utilidade econômica da consolidação do lar operário se encontrava, além disso, associada a uma utilidade social, pois

> a arrumação do lar familiar, íntimo, deve, com maior razão, iluminar-lhe [ao operário] as horas de repouso e de liberdade; este ambiente doce e calmo modificará amiúde os pensamentos de ódio e de amargura que possa causar a disparidade inevitável de classes e castas. (Borda Tanco, 1920:114)

Entrincheirado nessas idéias, um grupo de profissionais das classes altas da pirâmide social empreendeu um amplíssimo trabalho de fomento à construção de bairros operários, higiênicos e dotados de serviços segundo as últimas técnicas do urbanismo moderno. Assim, ao final da década de 1930, em grandes terrenos de Bogotá e Medellín foram surgindo conjuntos uniformes de casas, com ruas retas bem delineadas, parques, igreja e escola, fenômeno totalmente novo na paisagem urbana.

Claro está que esse fenômeno não conseguiu alcançar dimensões maciças, pois a maioria dos novos bairros operários foi sendo construída por iniciativa de particulares que loteavam seus terrenos, ou construíam mais atentos ao próprio bolso do que às técnicas e requisitos de urbanização.

A luta higienista dentro da qual se impulsionou a campanha contra o consumo da chicha foi, então, uma luta pela defesa da população, da raça a favor do progresso e da civilização, movida por preceitos médicos e higiênicos. Nela se mesclaram de maneira particular argumentos científicos, morais, políticos e econômicos, revelando-se de passagem o papel da classe médica no cenário social da primeira metade do século XX na Colômbia.

Notas

[1] Na linguagem da época, o termo 'operário' não designava estritamente o trabalhador assalariado vinculado aos processo produtivos em fábricas e empresas. Seu significado envolvia, além desses, os trabalhadores independentes – artesãos, empregadas domésticas etc. –, além dos diaristas do setor agrícola. Assim, a definição de operário proposta por Mauricio Archila capta em essência a amplitude significativa dada ao termo durante as primeiras décadas do século XX: "Pelo conceito de 'operários' entendemos todos aqueles trabalhadores, do campo ou da cidade, que trabalham diretamente os meios de produção e que dependem basicamente de um salário para reproduzir-se. Nesta definição enquadram-se desde os assalariados das oficinas artesanais – historicamente os primeiros a serem designados como 'operários' – até os diaristas do setor agrícola, passando pelos trabalhadores manufatureiros, dos meios de transporte e da mineração" (Archila, 1991:17).

[2] Na linguagem médica e jornalística da época, a palavra 'chicha' estava quase sempre associada a esse processo degenerativo, como se pode ver nas seguintes notas: "Tem-se acusado a chicha de embrutecer nosso povo: efetivamente assim é; mas em sua qualidade de bebida alcoólica, desde a chicha até o champanhe, quem bebe vai-se embrutecendo com maior ou menor rapidez conforme a quantidade e a qualidade do álcool que ingira e de seu desenvolvimento intelectual" (Repertorio de Medicina y Cirugía, 1907); "O desejo de tirar da bebida do povo as toxinas que o embrutecem e envenenam levou o cavalheiro Don Abraham Martínez a fazer diversos tipos de ensaios até conseguir a fabricação de uma bebida" (Maizola, 1920); "A chicha não pode seguir humilhando, arruinando, degradando e embrutecendo os pobres operários" (Maitre Renard, 1920); "Até hoje nada teve sucesso contra o embrutecedor licor dos chichas" [se refiere al grupo indígena que habitó la zona central de Colombia] (Contra el licor nacional, 1920).

[3] Entre 1899 e 1902, a Colômbia se viu envolvida em uma das mais cruentas guerras civis de sua história. Liberais e conservadores se enfrentaram em todos os rincões do país, deixando um saldo de cem mil mortos, uma economia destroçada e a fragmentação do país materializada na 'separação' do então Departamento de Panamá, com o apoio norte-americano, em 1903.

[4] Nos exames químicos que foram realizados pelo professor Barriga Villalba, verifica-se que a chicha supera em qualidades a própria cerveja, que alguns fisiólogos chega-

ram a denominar 'pão líquido' (Bejarano, 1937a). Em outro de seus artigos, Bejarano citava o comentário de um "notável químico" a propósito da afirmação de Villalba sobre a superioridade da chicha sobre a cerveja: "nesse laboratório a chicha vai acabar superando o champanhe" (Bejarano, 1937b:72).

Referências Bibliográficas

ARCHILA, M. *Cultura e Identidad Obrera: Colombia, 1910-1945*. Bogotá: Cinep, 1991.

BARRIGA VILLALBA, A. M. Carta a Armando Solano. *Revista de Higiene, año XVIII*, (3, 4):57-61, 1937a.

BARRIGA VILLALBA, A. M. Nueva defensa de la chicha. *Revista de Higiene, año XVIII*, (3, 4):65-69, 1937b.

BEJARANO, J. Química y chichismo. *Revista de Higiene, año XVIII*, (3, 4):62-64, 1937a.

BEJARANO, J. Un nuevo ataque a la chicha. *Revista de Higiene, año XVIII*, (3, 4):72, 1937b.

BEJARANO, J. *La Derrota de un Vicio: origen e historia de la chicha*. Bogotá: Editorial Iqueima, 1950.

BORDA TANCO, A. *Ingeniería Sanitaria*. Bogotá: s. n., 1920.

CONTRA EL LICOR NACIONAL. *El Siglo*, 562, 14 de maio de 1920.

CUERVO MÁRQUEZ, L. Consumo de Alcohol en Colombia. Estudio Presentado al Congreso Nacional de Medicina reunido en Medellín en Enero de 1913. *Repertorio de Medicina y Cirugía*, Bogotá, IV(5):256, 15 fev. 1913.

DIRECCIÓN NACIONAL DE HIGIENE. Resolução nº 279 de 3 de maio de 1924.

FAJARDO, B. *Contribución al Estudio del Problema Alcohólico*. Tesis para optar por el título de Doctor en Medicina y Cirugía. Bogotá: Tipografía Minerva, 1918.

GÓMEZ, J. Chichismo: estudio general, clínico y anatomopatológico de los efectos de la chicha en la clase obrera de Bogotá. *Repertorio de Medicina y Cirugía*, V(6):302-320, mar.1914.

GRISALES SALAZAR, O. *El Problema de la Productividad del Trabajo en la Industria Bavaria*. Bogotá: Universidad Nacional de Colombia, Facultad de Ciencias Humanas, Departamento de Sociología, 1981. (Monografías Sociológicas, 4)

LLANO, M. C. & CAMPUZANO, M. *La Chicha, una Bebida Fermentada através de la Historia*. Bogotá: Ican-Cerec, 1994.

MAITRE RENARD. La Maizola. *El Espectador*, 3.117, 19 jun. 1920.

MAIZOLA. *El Espectador*, 3.119, 21 jun. 1920.

MONTAÑA, E. Lucha antialcohólica: el alcoholismo en Colombia y medios de combatirlo. *Repertorio de Medicina y Cirugía*, XIII(8):541-553, maio 1922.

QUEVEDO ALVAREZ, T. *Del Alcoholismo*. Tese de Graduação em Medicina, Medellín: Imprenta del Departamento, 1899.

REPERTORIO DE MEDICINA Y CIRURGÍA, AÑO XXVII, (327), jul. 1907.

SALGADO GÓMEZ, D. Los gobernantes de la colonia contra la chicha. *Registro Municipal, año LIV*, 31:245, 15 abr. 1934.

SECRETARÍA DE HIGIENE Y ASISTENCIA SOCIAL. *Anexos*. Medellín: Imprenta Oficial, 1937.

SOLANO, A. La melancolía de la raza indígena. *Publicaciones de la Revista Universidad*: 7-28, 1929.

TEJADA, L. La revolución de la chicha. In: *Gotas de Tinta*. Bogotá: Colcultura, Ed. Andes, 1977. p.171-173.

URIBE URIBE, R. Campaña contra el alcoholismo. Torrefacción y venta de café. *Revista Nacional de Agricultura*, 11(135):511-523, set. 1915.

VERGARA Y VERGARA, J. Habitaciones obreras, edificios escolares y hospitales. *Anuario de la Facultad de Matemáticas e Ingeniería*, III:125-147, 1919.

ZERDA, L. Análisis químico, fisiológico e higiénico de la chicha. In: *Anales de Instrucción Pública*. Bogotá, 1889.

Detalhe do quadro *El Velorio* de Francisco Oller, 1893. Coleção do Museu de História, Antropologia e Arte da Universidade de Porto Rico.

Anemia, Bruxas e Vampiros: figuras para governar a colônia[*]

Benigno Trigo

[*] Publicado originalmente como capítulo 3 de TRIGO, B. *Subjects of Crisis: race and gender as disease in Latin America*. Hanover: Wesleyan University Press, 2000. Tradução de Paulo M. Garchet.

Para constituir-se na autoridade de governo da emergente nação de Porto Rico antes da invasão dos Estados Unidos em 1898, um grupo de 'letrados' construiu o fantasma de um 'Eu' (*self*) nacional coerente e integrado com a exclusão de um fantasmagórico 'Outro' (por exemplo, o enfermo jíbaro[N.T. 1] porto-riquenho).[1] O leitor deve lembrar-se de que Porto Rico continuou como colônia espanhola até a guerra entre a Espanha e os Estados Unidos, em 1898, quando passou à condição de território destes. Um exame atento da obra das elites educadas de Porto Rico revela a complexidade da dinâmica entre os discursos do 'Eu' e do 'Outro' que sustentaram esse ato de apoderamento (*empowerment*).[N.T. 2]

Aqui, examino a relação, não apenas entre o discurso do 'Eu' do letrado e seu fantasmagórico 'Outro', como também entre o discurso do 'Eu' do letrado e os discursos de um 'Eu' concorrente articulados de forma similar pelas duas autoridades metropolitanas (espanhola, primeiro, e estadunidense depois).[2] Esses discursos metropolitanos de 'Eu' articulavam-se em oposição a um corpo 'negro', 'visível' mesmo dentro do corpo do 'letrado'.[3] Por razões de expediente político, os membros da elite privilegiada viram-se tanto aceitando como refinando essa oposição. Essa solução negociada, contudo, levaria a uma estratégia de deslocamento (*displacement*) motivada por um medo interiorizado de seus próprios corpos, medo este que é simultaneamente ocultado e revelado em alguns dos artefatos culturais produzidos entre 1880 e 1904 para construir a nação porto-riquenha.

Em resumo, mostrarei como a busca de poder por um grupo de 'letrados' leva ao desenvolvimento de um conjunto de dispositivos que, paradoxalmente, alimenta o medo da miscigenação. Para se distanciarem da ameaça que seus próprios corpos representavam para as autoridades coloniais locais, os membros desse grupo elaboraram um deslocamento que levou à representação do corpo 'negro' como um parasita contaminador que precisava ser eliminado, e à representação do corpo 'branco' da camponesa como um corpo tomado por uma doença, mas uma doença curável.

[N.T.1] Jíbaro, figura tradicional do camponês pobre de Porto Rico. Termo cheio de conotações de ingenuidade, simplicidade e integridade. Assemelha-se, no Brasil, ao Jeca-Tatu.

[N.T.2] Na tradução para o português de *empowerment* optei por 'apoderamento', considerada a mais correta tradução, e não 'empoderamento', que tem sido a palavra mais utilizada.

O corpo anêmico da camponesa aparece mais proeminentemente nos trabalhos literários e científicos de Salvador Brau, um sociólogo, e Francisco del Valle Atiles, um higienista, dois escritores associados com a classe profissional dos reformistas liberais.[4] Em minha análise de suas obras, espero mostrar como a figura da camponesa anêmica foi resultado de um ajuste significativo da figura de um fantasma anterior: o vadio (andarilho errante). A vadiagem e a condição associada de promiscuidade eram qualidades econômicas e morais atribuídas à população indígena da colônia pelos administradores coloniais locais. A vadiagem e a promiscuidade seriam determinadas por fatores ambientais e hereditários. Eram construtos dispostos pela autoridade colonial para ordenar e controlar a população colonial. Tais construtos tornaram-se um problema para o 'letrado' porque também se aplicavam a ele.

Na perspectiva metropolitana, a abolição da escravatura em 1873 tornou menos defensáveis os métodos violentos usados pelas autoridades coloniais para manter a ordem política e social, o que as levou a buscar um método indireto de controle. Os 'letrados' apresentaram, então, a saúde pública e a educação sanitária como dispositivos menos violentos de controle. Na perspectiva dos 'letrados', o cambiante clima político permitia contestar a figura do camponês vadio, substituindo-a por uma nova rede figurativa: um estado de enfermidade normativa. Essa rede, articulada primeiro, talvez, por Salvador Brau em 1882, modernizou as construções paradigmáticas da metrópole e foi usada contra os administradores locais. Ela incluía o parasita e a anêmica camponesa 'branca', e deslocava a ameaça da diferença e do perigo que seus próprios corpos representavam para a administração metropolitana. Com a figura do parasita, eles transferiam essa diferença para o corpo 'negro', construído como forma distinta de vida biológica. Com a figura da anemia, eles deslocaram o local do conflito para o corpo da camponesa. Esse corpo era uma zona de amortecimento que mantinha o corpo 'branco', viril do 'letrado' acima da disputa.

A análise dos construtos dessa elite educada será útil para se entender o papel desempenhado pelos representantes da nova medicina de laboratório, alguns dos quais entraram na ilha junto com as forças militares invasoras dos Estados Unidos, em 1898.[5] A comparação do trabalho desses cientistas com o trabalho dos 'letrados' sugerirá a importância dos construtos da camponesa anêmica, e do parasita, como pontos de partida para as práticas de governo da nova autoridade metropolitana.

Construindo a Vadiagem

Em Porto Rico, a década de 1880 foi marcada por tumulto político e social. Em uma perspectiva econômica, a superprodução mundial de açúcar levou a mudanças na economia porto-riquenha, que ainda dependia deste produto, mesmo depois da abolição da escravatura em 1873. O sistema agrícola porto-riquenho passou da produção de açúcar, que dependia do trabalho escravo, para a produção de café, que dependia de mão-de-obra livre. Junto com essas mudanças econômicas veio um movimento demográfico das cidades e planícies para as montanhas de Porto Rico, e uma concomitante fragmentação das unidades familiares (Picó, 1986). Esses movimentos foram acompanhados por uma deterioração na saúde pública que levou a um aumento da taxa de mortalidade entre os camponeses. Mas tal piora não se restringiu aos camponeses: as epidemias de febre amarela multiplicaram-se durante essa década, verificando-se uma a cada dois anos, matando, inclusive, dois governadores espanhóis.[6]

Esses acontecimentos econômicos, demográficos e de saúde levaram ao ponto de conflito uma série de questões políticas entre as forças liberais progressistas dos profissionais 'letrados' (com afiliações às classes dos proprietários de terra), e os conservadores, que controlavam o governo colonial local. Esses dois grupos sociais disputaram o poder durante todo o século XIX, chegando finalmente a uma confrontação violenta em 1868, quando um levante liberal foi sumariamente esmagado pelas forças conservadoras do Estado colonial. Significativamente, contudo, ao final dessa década o partido liberal pró-autonomia estava mais radicalizado e mais forte. O governador-geral espanhol Palacios foi forçado a renunciar depois de sua fracassada tentativa de controlar os liberais, mais bem organizados, por meio de uma política de repressão.[7] De fato, é opinião geral que as mudanças ocorridas nessa década prepararam o panorama político para o Estado autônomo, de curta vida, que viria a ser instituído em 1898.

Um debate público sobre educação tornou-se um momento crucial de apoderamento e definição contra uma autoridade colonial mal informada e pouco razoável. Em 1880, o governador-geral espanhol Eulogio Despujol argumentava que o maior obstáculo ao progresso de Porto Rico era a falta de famílias moralmente constituídas no interior. Mais ainda, argumentava ele, devido à então corrente mobilidade do camponês porto-riquenho e, mais importante ainda, devido à natureza dissoluta da camponesa

porto-riquenha (cujo corpo era dominado por uma instintiva "falta de restrição moral"), a educação seria uma solução para o problema:

> Estou totalmente de acordo, em tese geral, com a conveniência de estabelecer escolas rurais para meninas. [Estando] completamente disseminada a população rural em choças isoladas, sem nenhuma instrução religiosa e freio moral, sem que, nem a eficácia do Sacramento, nem a sanção da Lei venham a legitimar muitas uniões mais ou menos duradouras, criadas exclusivamente sobre a base instável e repulsiva do apetite sexual, pode-se dizer, na verdade, que nos campos de Porto Rico a família não está moralmente constituída, sendo este, talvez, o principal obstáculo para seu futuro progresso. É fácil, pois, compreender a importância que teria inculcar na mulher os conhecimentos primários da leitura e da escrita (...) as noções de religião e de moral (...) mas, por efeito desse mesmo relaxamento de costumes, o trânsito diário de crianças muito precoces de ambos os sexos, de nove a doze anos, de suas choças a uma escola distante, por caminhos extraviados, seria hoje (...) ocasião de maior soma de males que destruiriam ou, pelo menos, superariam os efeitos moralizadores do ensino rural. (Despujol apud Brau, 1956:219-220)

O argumento de Despujol contra a educação pública pressupunha uma proximidade biológica entre o corpo 'negro' e o corpo do camponês porto-riquenho. Sugere essa proximidade, entre o corpo da camponesa e o corpo 'negro', em dois níveis distintos. Em um deles, a insinuação é de que, se pusesse os pés fora de casa, a camponesa iria ao encontro de um 'mal' não especificado. Os leitores do texto de Despujol saberiam como interpretar essa força maligna. O 'isolamento' dos camponeses, seus 'cascos' e seus 'caminhos errantes' juntavam-se para criar um estágio figurativo familiar e definiam o sentido do mal. O leitor imaginava a casa rodeada por um ambiente tropical denso e perigoso cuja vida vegetal, de acordo com o conhecimento científico contemporâneo, era equivalente à perigosa forma de vida do corpo 'negro' (Ferrer, 1881).[8]

Despujol sugere também que o corpo da camponesa porto-riquenha estaria biologicamente perto do corpo dos escravos recém-libertos. Para ele, a camponesa porto-riquenha era um estágio primitivo da Grande Cadeia do Ser. Referências a sua 'falta de freio moral', a sua 'precocidade' e a seu 'apetite sexual' tornavam-na mais próxima do animal predominantemente físico e irracional que do europeu pensante e moralmente constituído. De acordo com o discurso científico da época, isso a aproximava da 'raça africana', que também ocupava as faixas inferiores da escala evolucionária (Gilman, 1983). Como o dos escravos recém-libertos, o corpo da camponesa

era visto como fisiologicamente condenado à promiscuidade, uma espécie de vadiagem sexual genética. Esse argumento biológico e ambiental, combinado com o precedente histórico estabelecido pela revolução de ex-escravos no Haiti, fez com que os governadores espanhóis, como Despujol, suspeitassem dos méritos da educação pública.

No argumento de Despujol encontra-se também implícita a repetição das antigas práticas repressivas e violentas para controle de uma população camponesa que, para ele, em última análise, estava fora da possibilidade de regeneração. Historicamente, uma versão distinta do argumento ambiental havia sido usada pelo Estado colonial militar para aumentar a produtividade por meio do controle do movimento. Refiro-me ao argumento ambiental brandido pelos administradores coloniais como Miguel de la Torre (1822-1837), Miguel López de Baños (1838-1841) e Juan de la Pezuela (1848-1851) para justificar um repressivo sistema de controle. Esses governadores-gerais usavam as alusões ao ambiente tropical excessivamente benigno da ilha encontradas nas histórias e relatos de viagem feitos no século XVIII para construir a imagem do camponês porto-riquenho vadio. Mais tarde, usariam essa figura para justificar a construção de um dispositivo (a 'caderneta'), e de uma sacrossanta instituição (a 'Junta de Vadiagem e Coabitação'), para supervisionar e disciplinar a conduta e o movimento do corpo vadio.[9]

Em 1873 esses métodos repressivos de disciplina e punição já eram considerados ineficazes pelo governo metropolitano. Após a abolição da escravatura em Porto Rico, as autoridades locais fizeram uma tentativa de restaurar a prática da 'caderneta', mas a idéia foi desaprovada pelo governo metropolitano. Bastante significativamente, o argumento usado pelo governo metropolitano espanhol contra o restabelecimento desse sistema foi que, como a escravidão, ele gerava um "estado social insustentável que levaria ao amotinamento e sério conflito na ordem pública".[10] No mesmo documento, o governo metropolitano declarava que "[as] únicas coisas que podem ser permitidas na atual situação da ilha são medidas de policiamento e prevenção de incursões contra a ordem pública, ou práticas indiretas de governo e administração" (apud Brau, 1956:170).

A despeito dessa sugestão do governo metropolitano, as medidas repressivas ainda continuaram sendo uma ameaça durante o terceiro quarto do século XIX, brandidas ainda pelas autoridades locais e municipais (Picó, 1993). Na verdade, a negação categórica dos benefícios da educação pública feita por Despujol poderia ser entendida como exemplo disso. Sua descrição

da camponesa porto-riquenha como promíscua e vadia sugeria aos 'letrados' um possível retorno a práticas repressivas do tipo implantado com o sistema da 'caderneta'. Mais ainda, a proximidade entre o corpo 'negro' e o corpo da camponesa porto-riquenha pressuposta por Despujol há de ter sugerido aos 'letrados' que, aos olhos do governo colonial local, não havia qualquer distinção entre a promíscua 'raça negra', o camponês insubmisso e o *criollo parvenu*. Assim, devem ter receado que essas práticas violentas fossem usadas também contra eles. Finalmente, a posição irredutível da autoridade colonial sobre educação pública deu aos 'letrados' uma oportunidade de intervir no espírito das recomendações feitas pelo governo metropolitano.

A Análise do 'Letrado'

Em suas obras científicas, manuais de higiene, literatura naturalista e ensaios, 'letrados' como Atiles e Brau confrontaram o discurso da administração colonial com um discurso apenas ligeiramente modificado e com um conjunto de práticas disciplinares que fora revisado para adequar-se às conclusões das autoridades metropolitanas. Ao fazê-lo, autorizavam-se a si mesmos como um governo colonial mais legítimo e eficaz. A preocupação metropolitana com a produtividade, por exemplo, continuava a ocupar o centro do discurso emergente. O poderoso grupo dos 'letrados' pretendia aproveitar o excesso de energia desperdiçado em promiscuidade e jogatina. Agora, porém, os 'letrados' enfatizavam suas diferenças em relação à perigosa figura do corpo 'negro', e colocavam esta última no centro desses problemas correlatos.

O novo discurso modificava os atores centrais do drama colonial. Assim, o estado de vadiagem generalizada, verificada pela sacrolegal Junta de Vadiagem e Coabitação, foi substituído por um estado de enfermidade normativa, que eventualmente assumiria a forma de anemia tropical, ou uncinariose, e seria verificado pela médico-legal Junta de Saúde, chefiada por um higienista. Tal substituição dependia do novo conhecimento científico sobre o meio ambiente. O paradigma científico anterior, que via apenas um ambiente tropical benigno, foi substituído por uma versão científica mais nova dos trópicos como fonte de enfermidades. O novo discurso também alterava a prática de governo. Acompanhando a análise da administração metropolitana, a nova disciplina já não era

'direta'. O conceito-chave passara a ser a mediação, e a educação sanitária tornara-se o novo dispositivo de controle.

Essa dupla agenda de acomodação ao decreto metropolitano e apoderamento dos 'letrados' levou Brau e Atiles a confrontar o perigo que representava sua diferença racial que percebia a si mesma com duas estratégias distintas. De um lado, eles se opuseram ao novo argumento ambiental apresentado por administradores locais como Despujol. Argumentaram que o clima tropical não levava inevitavelmente a uma raça de características predominantemente 'negras'.[11] Atiles argumentou que, na verdade, a 'raça africana' jamais havia dominado a ilha. Acompanhando a teoria de degeneração esboçada por Edward Long em seu *History of Jamaica* (1774), chegou a argumentar que a eventual esterilidade dos ex-escravos era coisa certa (Del Valle Atiles, 1887). Brau, um abolicionista, não previu abertamente o eventual desaparecimento dos ex-escravos, mas sugeriu que sua contribuição para a 'raça crioula' era ínfima, afirmando que os elementos orgânicos atribuídos à 'raça européia' eram os elementos predominantes na composição racial da nação porto-riquenha (Brau, 1956).

Em contrapartida, tanto Atiles como Brau faziam distinção entre o perigoso corpo 'negro' e uma inocente população camponesa 'branca', ou jíbaros. Essa distinção era sugerida comparando-se o corpo 'negro' do ex-escravo a uma doença tanto metafórica quanto distinta, enquanto o corpo branco dos camponeses era apresentado como uma inocente vítima da doença. A construção da doença como metáfora da 'raça africana' foi gradual. Brau deu o primeiro passo. Usou a doença como metáfora do precário estado da nação porto-riquenha.

A Doença como Metáfora[12]

A contribuição de Brau para a reconfiguração da ameaça vital no corpo 'branco' do crioulo ou *criollo* foi a contestação direta da figura do camponês vadio. Apresentou essa contestação em sua memória *The Working Classes* (1882). Nesse texto seminal, Brau apresentou a questão das práticas repressivas das autoridades locais, questionando especificamente a prática da 'caderneta'. Brau argumentou que a aparente vadiagem delinqüente do camponês porto-riquenho era, na verdade, conseqüência das estratégias disciplinares repressivas, ou excessos, da administração colonial.

Para Brau, o equivocado rótulo de vadiagem ocultava a realidade do abuso colonial. Referia-se a esse abuso como uma doença. Usando a metáfora

do anatomista que diagnostica um problema social, Brau argumentava que o estado enfraquecido do jíbaro devia-se às condições de vida sob uma administração colonial repressora (Brau, 1956). Tais condições, argumentava ele, tornavam rebeldes os camponeses. Muito mais que as condições, porém, as práticas que visavam a eliminar a rebelião do camponês (prisão e exílio) agravavam o problema. Brau argumentava que essas práticas repressivas criavam espaços invisíveis, isolados e perigosos de confrontação, inacessíveis à administração colonial.

Além disso, a prisão e o exílio tinham o agravante de deixar as mulheres, as camponesas porto-riquenhas, sem supervisão (Brau, 1956, 1975). Junto com outros liberais reformistas, ele sugeria que essa falta de supervisão levava à mistura inter-racial (Brau, 1956). Assim, no centro do espaço invisível criado pelas políticas repressivas da administração colonial, Brau colocava o corpo abandonado da camponesa, cuja integridade estava ameaçada pela recém-adquirida mobilidade dos escravos libertos.

O centro desse espaço invisível foi, talvez, melhor descrito no conto naturalista de Brau, '¿Pecadora?' (1887). Nesse conto, as naturezas miseráveis da classe dominante e das classes trabalhadoras combinam-se para determinar o destino de Cocola, uma camponesa que morre depois de ser estuprada por um jovem da classe superior. Ela é acusada de vadiagem pelas autoridades locais, e a estória conta a tentativa de um médico de recuperar sua memória apontando para o verdadeiro problema. Para tanto, o médico visita o interior desconhecido de Porto Rico, o espaço invisível, tanto para a população urbana quanto para as autoridades coloniais[13]. No centro desse espaço, o médico encontra a corrupção moral de figuras de autoridade, bem como um exemplo da causa fisiológica subjacente ao estado incivilizado do trabalhador porto-riquenho.

A cena central do conto é uma representação de vício e sexualidade desabrida em uma igreja onde estão sendo feitos os preparos para um enterro. A descrição da cena ressalta tanto a corrupção moral das figuras locais de autoridade municipal quanto a corrupção física dos camponeses. Enquanto a corrupção moral da autoridade municipal se revela no fato de tratar-se do funeral de uma concubina de uma autoridade do governo, a corrupção física dos camponeses é sugerida por referências à ubiqüidade dos corpos 'negros' na igreja. Todos os 'negros' da cena são representados como doentes, fracos e ignorantes. Seu movimento é representado como excessivo e inadequado, e isto os leva a ficarem perigosamente próximos dos membros 'brancos' da congregação. Os excessos em seus movimentos

e os perigos de sua proximidade são sugeridos pela seleção e descrição de dois instrumentos que produzem a música estridente tocada durante o funeral. O primeiro é um bombardino, instrumento com forma de corneta, tradicionalmente associado aos ritmos africanos e músicos 'negros'.[14] O segundo instrumento é um órgão, sendo que o organista fica à sombra de uma figura descrita como "alta, negra como tinta, quase descarnada e de fisionomia delinqüente" (Brau, 1975:207). Essas referências combinadas à irreverência, à delinqüência e, portanto, à ameaça do ubíquo corpo 'negro' são resumidas por Brau na imagem que encerra a passagem:

> Ao contemplá-los, um observador pessimista teria podido extremar o fel da sátira supondo que os vermes destruidores desse bagaço humano que se chama cadáver não haviam aguardado, desta vez, a decomposição da presa para dar pasto a sua voracidade. (Brau, 1975:205)

A imagem compara os vadios corpos 'negros' da cena a vermes consumindo o cadáver. Com o uso que lhe é dado por Brau, a comparação amplia a metáfora da doença usada para representação de abuso da autoridade colonial, nela incluindo agora também o problema percebido da miscigenação. Um corpo camponês, primeiro enfraquecido e depois abandonado pela administração colonial, finalmente morre e se decompõe. Dado o contexto dessa passagem, fica razoavelmente claro que a decomposição é usada como metáfora para degeneração, ou para os efeitos da 'raça africana' sobre o camponês porto-riquenho abandonado. Assim, em sua obra, Brau sugere que os excessos da administração colonial criaram as condições que tornaram possível a degeneração da raça porto-riquenha. Ele sugere que essa degeneração foi resultado das práticas equivocadas de governo da administração local. A camponesa porto-riquenha caiu nas garras dos escravos recém-libertos apenas depois de estar permanentemente danificada por repetidos maus-tratos coloniais. Desse modo, Brau contesta a premissa de Despujol de que o corpo da camponesa porto-riquenha (e por extensão, o corpo do *criollo*) era geneticamente equivalente ao corpo do escravo.

A Doença como Metáfora para Corpo 'Negro'

Essa cena de degeneração inspirou Francisco Oller, um pintor porto-riquenho e membro da classe dos 'letrados'. Em seu quadro de 1893, *El Velorio*, Oller tomou a doença como metáfora para o corpo 'negro' (*Fig. 1*). A pintura divide-se em três espaços distintos, que discutiremos separadamente.

Fig. 1 – El Velorio, 1893, de Francisco Oller. Coleção do Museu de História, Antropologia e Arte da Universidade de Porto Rico. Fotografia de Jochi Melero em Francisco Oller: A Realist Impressionist (Ponce, Museu de Arte de Ponce, 1983), p.144.

O primeiro espaço é dominado pela imagem de uma figura fraca, pobremente vestida e visualmente negra, e por uma criança morta. A pobreza da figura de pé é sugerida por roupas em frangalhos e por sua bengala, um objeto usado por Oller em seu retrato de um mendigo em 1881 (*Fig. 2*). Em ambas as pinturas, Oller usou a bengala para significar pobreza e vadiagem.

Duas coisas estabelecem um espaço comum entre a figura 'negra' vadia e a criança morta. A primeira delas é o fato de a figura 'negra' olhar diretamente para a criança; a segunda é o fato de, como a criança morta, ela estar totalmente alheia à movimentação que as cerca. Mais ainda, como a criança morta, ela parece congelada no tempo, ao contrário do restante das figuras, envolvidas em movimentação quase frenética. A imagem é poderosa. Ela liga a morte ao emaciado corpo 'negro', no que parece uma visita vinda diretamente do mundo subterrâneo. O sentimento de visita sacrílega é ainda mais enfatizado pelo escárnio de um crucifixo que fica ao alto, acima da figura 'negra', sugerindo uma nova e ímpia trindade.

O segundo espaço é definido por uma linha diagonal. É a linha de pessoas que vai da porta aberta, no centro, à direita, até a margem esquerda do quadro. As figuras nesse espaço são uma alegoria da degeneração. Essa alegoria, por seu lado, ordena terapeuticamente as figuras e controla sua energia.

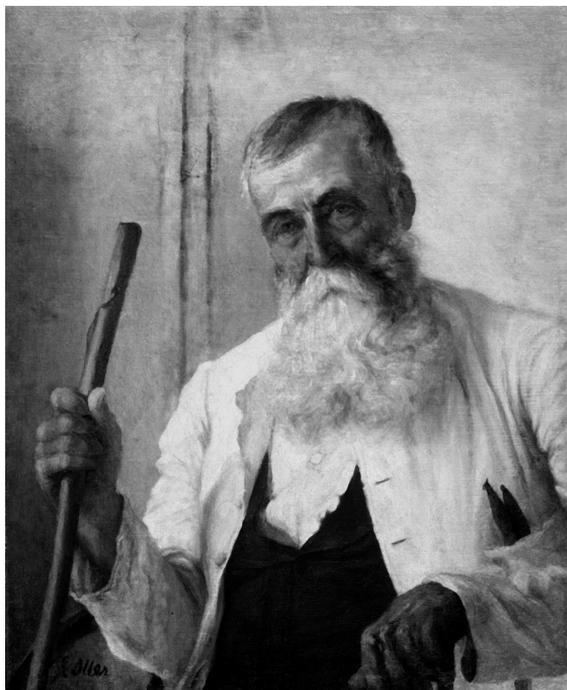



Fig. 2 - Un Mendigo, 1881, de Francisco Oller. Coleção Privada do Dr. Rafael V. M. Cestero. Fotografia de Jochi Melero em Francisco Oller: A Realist Impressionist (Ponce, Museu de Arte de Ponce, 1983), p.171.

O que de início parece uma mistura caótica de raças, gêneros e idades revela ao olhar mais atento uma ordem específica. Ela representa uma festiva procissão que inclui três grupos, cada um representando um diferente nível de vício e energia descontrolada. O grupo imediatamente à esquerda da figura de pé é composto por cantores, músicos e camponeses que bebem, pintados tanto de preto como de branco. Sua violência é sugerida pelo gesto do camponês 'branco' segurando sua machete. A esse grupo segue-se outro, com três figuras em um violento abraço, cuja força sexual é sugerida pelo álcool despejado sobre as cabeças de duas das figuras. No chão encontramos o último grupo, representando uma cena de destruição. Ele é composto por três crianças, duas pintadas como brancas e uma negra. A criança 'negra' é quase oculta pelo lixo que a cerca e por sua posição fetal invertida. Uma vez que é vista, porém, ela representa claramente a conseqüência final da linha serpentina de vício e miscigenação circunscrita pelo segundo espaço.

O terceiro espaço fica contido entre a porta aberta e a margem direita do quadro. Nele há um pequeno grupo de personagens, todas visualmente

brancas, entre as quais duas figuras representam a autoridade colonial: um padre e um amedrontado e velho representante do Estado. Juntamente com três outras figuras 'brancas', eles cercam a camponesa 'branca', tentando inutilmente protegê-la da baderna. A sensação de violência iminente entre o segundo e terceiro espaços é sugerida por uma segunda figura que estende a mão para uma machete. O olhar dos homens no terceiro grupo enfatiza a violência que perpassa esses dois espaços. Eles olham por sobre a cena central do quadro, focalizando a cena do lado oposto. A posição das duas figuras da autoridade colonial é de especial importância aqui. Enquanto a mão do padre passa sem pegar o copo de vinho oferecido pela camponesa, o acovardado representante do Estado afasta-se dela. O movimento dessas três figuras sugere o abandono do corpo da camponesa por um Estado distraído e amedrontado e pela Igreja. Como a camponesa discutida na obra de Brau, essa figura está só e abandonada. Como a figura 'negra' no centro do quadro, ela está invisível, distanciada do grupo que a cerca, de pé numa espécie de vácuo, desligada, alheada e, mais importante, ignorada pelo que a cerca.

Em contrapartida, a direção do olhar dos homens do grupo enfatiza a direção do olhar da camponesa. Ela também está distraída. Fica claro que o copo que ela está a ponto de entregar ao padre logo irá estilhaçar-se no chão. Mas a sua distração é diferente da dos homens à sua volta. O que a distrai não é a natureza sacrílega ou violenta da cena que têm diante de si. Ao invés, ela sorri inocentemente, e dirige o olhar placidamente para um observador invisível, como se o convidasse – ele ou ela – a entrar. Na verdade, voltado, assim, para fora, o olhar da camponesa estabelece uma estrutura triangular invisível em que o observador desempenha um papel distinto. Seu olhar de boas-vindas desvia a atenção do observador da figura central 'negra' que ocupa o espaço ameaçador e inescapável onde, não fosse isto, o olhar do observador repousaria. Com o desvio do olhar do observador para o lado, um espaço paradoxal é criado entre as duas figuras. De um lado, surge um espaço comum, unindo-as e sugerindo a miscigenação como a causa oculta da morte da criança. De outro, porém, faz surgir também um espaço de diferenças entre a figura 'negra' vadia e a figura da camponesa.

Assim, o quadro toma a doença como metáfora para o corpo 'negro'. Nele, a doença aparece na forma de degeneração racial, degeneração esta representada como uma criança 'negra', em posição fetal à margem do

quadro e que resulta de uma linha de corpos em degeneração. Ela aparece, também, como uma voraz figura 'negra', vadia, de pé sobre a criança morta, que no quadro lhe é oferecida como vítima sacrifical a ser devorada. Nessa pintura, Oller desloca a ameaça da doença do corpo da camponesa, e do corpo do 'letrado' que observa e diagnostica a pintura. Ao invés, coloca a doença na figura 'negra'.

A Rede Figurativa da Anemia

Enquanto Brau e Oller tomavam a doença como metáfora para desviar a perigosa diferença para longe do corpo 'branco' do 'letrado', e para investir poder em sua classe privilegiada, Francisco del Valle Atiles usava o construto da anemia para atingir os mesmos fins. Em sua memória científica de 1887, Atiles concorda com a representação do camponês porto-riquenha feita por Brau. Como Brau, Atiles argumenta que as autoridades coloniais cometeram um erro ao descrever o camponês como vadio e promíscuo. Como o sociólogo, Atiles oferece uma interpretação diferente da condição da população campesina de Porto Rico, apresentando-a, ao invés, como vítima de uma administração colonial que dela abusara, abandonando-a depois. Também como Brau, Atiles argumenta que a força excessiva usada pela administração colonial levou os camponeses para longe dos olhos, para as florestas de Porto Rico, onde ficaram invisíveis e doentes.

Ao contrário de Brau, contudo, Atiles falava dentro de um discurso clínico. Com esse discurso, ele transformou a nação figurativamente doente de Brau na visível e distinta doença da anemia tropical. A anemia foi um conveniente construto de doença para uma classe de 'letrados' preocupada com a questão da miscigenação. Em sua origem grega, 'anemia' significa, literalmente, 'falta de sangue', sendo, assim, uma figura útil para o interesse dos 'letrados' na perda de sangue 'bom' ou 'puro' (vermelho e 'branco') da camponesa.

Segundo o discurso higiênico sobre a anemia tropical, o sangue perdia-se principalmente por meio da contaminação ou extração por parasitas. Atiles invocava duas teorias distintas para construir a figura da camponesa anêmica. De um lado, fez referências à teoria da infecção parasítica, que afirma que a doença pode ser causada pela penetração de um agente vivo em um organismo saudável. Seguindo essa teoria, o médico cubano Juan Finlay sugeriu em 1882 que o mosquito *Aedes aegypti* era transmissor

do parasita que causava a febre amarela. Manipulando a descoberta de Finlay em seu artigo de 1883 'Against miasma', Atiles fez do parasita e do mosquito causas equivalentes da anemia:

> Vivemos em um país cujo principal flagelo é o clima. Mas, em parte, os climas podem ser modificados e em Porto Rico se suportaria melhor o enervante calor tropical e suas alternâncias com chuvas torrenciais, se não houvessem pântanos cujos miasmas, especialmente à noite, voam como vampiros e roubam traiçoeiramente o sangue e a vida dos habitantes de nossos campos. Eliminemos os pântanos e o ar deixará de infectar-se também com as emanações de tantos cadáveres que sucumbem, dia após dia, vítimas do impaludismo; eliminemos os pântanos e veremos desaparecer essa anemia profunda que converte tantos camponeses, literalmente, em inermes descarnados, inúteis à terra que os sustenta. (Del Valle Atiles, 1883:8)

A fantástica e bem conhecida figura do vampiro serve a Atiles para reconciliar a teoria parasítica com a conflitante teoria miasmática, segundo a qual doenças, como a anemia, seriam causadas por vaporosas exalações de matéria orgânica em decomposição. A figura do vampiro era similar tanto ao parasita (não morto) como ao miasma (não vivo). Comparando o mosquito ao vampiro, Atiles sugere uma forma de vida peculiar. O mosquito nasce nos charcos e se alimenta nas águas e odores contaminados, saindo à noite. O mosquito satura-se com os vírus do pântano e injeta-o no sangue de organismos saudáveis, transformando-os, por meio da contaminação, em algo parecido com ele próprio. Mais ainda, Atiles sublinha a invisibilidade do mosquito que, como os vampiros, move-se invisível de lugar a lugar, fazendo sua troca de sangue e substituindo vida por seu próprio sangue ruim.

A descrição de Atiles de uma forma de vida invisível que troca vida por seu próprio sangue ruim sugere a ameaça de contaminação racial que informa seu discurso científico. Mas foi apenas com *El Campesino Puertorriqueño* (1887) que a associação dessa fantástica figura de corpo 'negro' tornou-se mais explícita. Nesse trabalho posterior, Atiles repetiu que a causa da condição anêmica do camponês porto-riquenho ocultava-se nos pântanos do interior. Agora, porém, referiu-se especificamente a "uma população [que vive] vegetando (...) entre charcos e pântanos, sustentada com alimentos vegetais e bebendo água lamacenta" (Del Valle Atiles, 1887:46-47). Essa descrição de uma população diferente que sobrevive no ambiente contaminado do pântano era uma sutil referência à

suposta resistência da 'raça africana' à anemia, e uma interpretação desta resistência para um propósito específico.

Atiles reconhecia que o jíbaro branco se reproduzia em ritmo acelerado, mas sugeria também que, caso a anemia seguisse seu curso desimpedida, a 'raça branca' corria o risco de ser dizimada. Pelo mesmo motivo, se a anemia não fosse controlada, a 'raça africana' floresceria (Del Valle Atiles, 1887). As conseqüências dessa oposição binária e racialmente determinada entre resistência e predisposição para anemia sugerem um paralelo entre a 'raça africana' e a figura do vampiro parasítico. A sugestão era que, como o agente parasítico, a 'raça africana' tinha algo a ganhar mantendo na colônia um ambiente insalubre, e poluindo o sangue 'predominantemente branco' do camponês porto-riquenho com seu 'sangue inferior'.

Atiles elaborou essa teoria racista da doença descrevendo a predisposição da camponesa a hemorragias durante a menstruação e o parto. Ele representou um corpo feminino cujo sangue se esvaía com facilidade (Del Valle Atiles, 1887). A combinação de um corpo de camponesa, cujo sangue estava fora de controle, com um parasita invisível cuja sede de sangue privava de vida o corpo invadido era um perigo suficientemente iminente em 1887 para recomendar a destruição da 'população de parasitas' invasores. Atiles modificaria um pouco essa violenta recomendação mais tarde, mas não alteraria o espírito racista em que era vazada. Em seus inúmeros artigos sobre eugenia, Atiles enfatizaria a esterilização voluntária, a indução ao aborto e o aconselhamento matrimonial como formas de controle de uma população que continuava racialmente problemática em 1914 (Del Valle Atiles, 1914a, 1914b, 1917).[15]

Hoje, não pensamos na anemia como uma doença em si, ou por si, mas como uma condição variável causada por várias doenças. Na perspectiva da moderna historiografia médica, Atiles estava claramente errado em seu entendimento da anemia. Os médicos ingleses incorreram em 'equívoco' similar no caso da, hoje inexistente, clorose, uma doença comparável, em forma, à anemia.[16] A convincente análise de Karl Figlio (1978) desse diagnóstico, contudo, ajuda-nos a repensar a interpretação de tais eventos como equívocos.

Figlio (1978) argumenta que a clorose não foi um equívoco, mas um bem-sucedido construto ideológico que serviu muito bem a dois propósitos historicamente circunscritos: ajudou a investir poder em um grupo emergente de profissionais médicos e a estabilizar a classe média, para onde ascendia esse grupo. Para o autor, esse construto da doença preserva-

va uma ordem social burguesa desviando para um fantasma a atenção social das duras condições de trabalho que causavam inquietação. Como outras análises recentes do discurso médico, a de Figlio aponta a carga ideológica e a distinção histórica de construtos de doenças como a clorose.

A anemia funcionava de forma similar no discurso dos 'letrados'. Também ela investia poder em uma classe de profissionais emergentes que se tornavam administradores eficazes de um corpo enfermo. Distintamente da clorose, porém, a anemia era explicitamente relacionada às más condições de trabalho de uma classe 'branca' inferior. Tal diferença pode ser explicada pelo fato de que, ao contrário dos médicos europeus, os 'letrados' não poderiam criticar diretamente a poderosa classe a que aspiravam substituir. Ao invés, desafiavam indiretamente as autoridades espanholas locais apresentando-se como representantes de uma classe social vitimizada. Somente um desafio indireto a essas autoridades locais justificaria que as autoridades metropolitanas transferissem poder aos 'letrados'.

Mas há outra diferença importante entre o discurso do 'letrado' sobre anemia e o discurso europeu sobre clorose. A distinção está no componente racial já descrito. Para um higienista profissional, como Atiles, a anemia funcionava como um dispositivo que deslocava ainda mais o problema que a administração colonial originalmente percebia como residente no corpo *criollo*. A anemia deslocava a diferença representada pelo corpo 'negro' do escravo recém-liberto para longe daqueles da mesma raça que os 'letrados', para uma doença distinta, e para um corpo agora definido como uma forma de vida totalmente diferente. O deslocamento permitia uma transferência segura de poder para as recém-higienizadas mãos das elites educadas locais, cujo propósito era continuar a manter a diferença em xeque, longe de seus próprios corpos.

Apropriações dos 'Letrados'

Poder-se-ia defender a tese de que os 'letrados' usavam duas estratégias correlatas para investirem-se de poder. Artigos médicos como 'Against miasma' eram espaços onde figuras do discurso popular eram, primeiro ensaiadas e, depois, apropriadas como conceitos 'médicos'. Nessas obras, Atiles apropriou-se de imagens populares assustadoras, como o vampiro, para levar a população a respeitar, por medo, uma disciplina e uma educação higiênicas. As figuras análogas do parasita e do miasma eram resultados dessas apropriações. Uma segunda estratégia usada pela

classe profissional dos 'letrados' para investir-se de poder foi o deslocamento da diferença para dois outros corpos: um corpo 'negro' e o corpo da camponesa. Tenho argumentado que, nas mãos dos 'letrados', o itinerário da doença, da forma metafórica para a forma mais distinta da anemia, foi uma indicação desse deslocamento da diferença para longe de seus próprios corpos, para o corpo dos elementos da 'raça africana'. Sua construção de um corpo anêmico para a camponesa era parte da mesma estratégia, pela qual o espaço contestado deixava de ser o corpo masculino 'branco' do assim chamado *criollo*, desviando-se para o corpo da camponesa.

Como as figuras da camponesa anêmica e do vampiro parasítico, a figura da parteira também servia para investir de poder a classe profissional dos 'letrados'. Como no caso daquelas figuras, gênero e raça eram sinais da diferença deslocados para outro corpo distante do corpo do *criollo*.

A parteira era a versão feminina urbana do corpo 'negro' do escravo recém-liberto. Ela aparece proeminentemente na distopia 'La comadre que medra' uma estória publicada anonimamente, mas cujo tom irônico e conteúdo social revelam claramente que é obra de Atiles.[17] A cena é um barraco da capital de Porto Rico. No centro da estória Atiles coloca a parteira, uma ex-escrava 'negra' que vive às custas de sua antiga dona, dependendo dos bordados da mulher 'branca' para seu sustento. Quando descobre que a mulher 'branca' está grávida, a parteira imagina um esquema para abortar sub-repticiamente o feto, a quem vê como parasita concorrente.[18] Seu esquema é semelhante ao comportamento do vampiro parasítico. Na estória, a parteira 'negra' faz a mulher 'branca' beber uma variedade de poções virulentas que lhe provocam uma hemorragia no momento do parto. Assim, a parteira realiza uma troca de fluidos vitais similar à troca feita pelos parasitas: ela substitui vida (associada por Atiles ao nascituro e a seu 'bom' sangue branco) por sua mistura venenosa e provoca a morte da mulher 'branca'. Como o vampiro, a parteira floresce às custas da vida, representada pelo recém-nascido.

Uma análise mais atenta da ação da parteira revela que ela não se limita à troca mortal de fluidos diferentes. A história pode também ser interpretada como representação da apropriação mortal de conhecimento médico ultrapassado por uma curandeira astuta, como se sugere na cena final da história.[19]

> A parteira, com umas tesouras manchadas penduradas a um cinto que cingia sua esquálida figura, cortou o cordão umbilical, digo, la vinse, do qual deixou escorrer 'bastante' sangue 'negro' e 'ruim' e em seguida o 'amarrou' com a seda encarnada, cor imprescindível, que havia sacado de seu próprio peito; mas... tomou um toco de vela aceso, aproximou-o da extremidade do cordão atado e – que barbárie! – queimou-o... (Del Valle Atiles, 1883:121)

A passagem representa a simulação pela parteira de um discurso e uma prática médicos anteriores. De um lado, Atiles ridiculariza o uso pela parteira de um termo 'técnico' para referir-se ao cordão umbilical. O uso, pela parteira, do termo 'vinse' imita um jargão excessivamente técnico que era marca registrada dos praticantes locais da medicina a quem Atiles havia criticado anteriormente.[20] De outro, Atiles critica a sangria anti-higiênica da parteira, que finalmente leva à morte da criança. Assim, a parteira representa não apenas a diferença racial, como também um conhecimento médico questionável que diverge da escola dos higienistas que Atiles representava.[21]

Mas, se critica indiretamente uma medicina ultrapassada por lhe faltar bom senso, Atiles deixa claro que isto não era tão perigoso quanto a total insensatez da medicina da parteira. Junta-se a outros 'letrados', como Brau, acusando de bruxaria a prática médica local. Atiles e Brau descontextualizaram e ridicularizaram conceitos usados pelos médicos práticos locais para descrever doenças. Eles destacam com aspas termos como 'ar' para caracterizar a prática médica indígena como mal informada e, em última análise, fatal.[22]

Ironicamente, ao acusar a prática médica local de bruxaria, tanto Atiles como Brau ensaiaram uma antiga estratégia de ordem e rejeição já contida no conceito de 'ar'. Mary Douglas descreve essa prática quando argumenta que, dentro de uma comunidade, acusações de bruxaria podem servir para preservar uma ordem social. Durante um período de instabilidade social, aponta ela, uma acusação de ameaça oculta e difusa pode resolver dilemas sociais, deslocando a legitimidade para novos padrões (Douglas, 1990:85). O 'ar' é um dos exemplos de ameaça tradicionalmente usada para disciplinar e manter determinada ordem social. Ele é usado em toda a América espanhola para significar uma doença causada por bruxaria. A forma que toma na Meso-América é particularmente interessante no contexto de sua apropriação por 'letrados' como Atiles.[23] Em uma

comunidade zapoteca do México, o termo tem conotação de uma forma de vida que não é totalmente diferente da do vampiro.

> Enquanto aigre puesto é imposto por humanos através de técnicas de magia negra, aigre de hora é uma especialidade de vários seres sobrenaturais que são perigosos à noite, durante certas horas de dias especiais do ano. Os seres que mais infligem aigre de hora são conhecidos como brujos de lumbre, ou 'bruxos do fogo'. Assim são chamados porque costumam voar através do céu como bolas de fogo... De acordo com alguns informantes, eles são a contraparte espiritual de pessoas vivas, reais da cidade que têm o poder de transformar-se assumindo este outro estado de ser... Coletivamente, eles são chamados 'a guarda', que é uma referência à crença de que à noite, quando a autoridade civil não está funcionando... os bruxos de fogo entram em serviço para guardar a aldeia. (Kearney, 1972:49)

Ao acusar a parteira de bruxaria, Atiles simula as funções de policiamento e disciplina do 'aigre' zapoteca.

E no entanto, Atiles queria, claramente, se distanciar de tais analogias. A razão de seu escárnio da imitação de conhecimento médico pela parteira era sugerir aos leitores que o conhecimento higienista era distinto das práticas simuladas pela parteira – e mais verdadeiros. Ao mesmo tempo, higienistas como Atiles usavam o registro educado da literatura para se distanciar dos engodos de uma medicina ultrapassada e cada vez mais rara, e da medicina popular. Ao fazê-lo, procuravam criar, e tomar, um campo intermediário culto, a partir do qual pretendiam levar o conhecimento higienista para o próprio núcleo da família porto-riquenha.

No entanto, estórias naturalistas como 'La comadre que medra' e artigos médicos como 'Contra los miasmas' foram também espaços onde figuras do discurso popular eram primeiro ensaiadas e depois apropriadas em conceitos médicos. Nessas obras, Atiles apropriou-se de imagens populares ameaçadoras como o vampiro, ou a bruxa, e de dispositivos tradicionais de ordem e rejeição como o conceito de 'ar' para amedrontar a população, levando-a a cumprir regras higiênicas de disciplina e educação. As figuras análogas, mas clínicas, do parasita e do miasma eram resultados dessa apropriação. Ironicamente, tais estratégias de apropriação levaram o higienista a um ponto incomodamente próximo da figura da parteira dissimulada ridicularizada por Atiles. As implicações dessa coincidência não passariam despercebidas pela próxima classe de médicos a lutar por poder na ilha.

Vampiros ao Microscópio

Em 1898, mal se completara um ano da invasão de Porto Rico, o doutor Bailey K. Ashford, um tenente do Exército dos Estados Unidos e representante de uma nova medicina de laboratório (um discurso já adotado em alguns círculos médicos de Porto Rico), descreveu o trabalho dos higienistas, como Atiles, como "um retrato fantástico de sangue". Ele afirmava haver descoberto a verdadeira causa da anemia: "não o clima, nem a comida, nem falta de higiene, nem malária, nada desse tipo, mas um verme – um verme intestinal!" (Ashford, 1934:5).[24] O olhar de Ashford havia se afastado do 'fantástico retrato de sangue' e se fixado, ao invés, nas fezes dos camponeses porto-riquenhos, onde descobrira o *Necator americanus*, ou seja, a versão americana da lombriga do Velho Mundo (*Ancylostoma duodenale*), a causa da ancilostomíase.[25]

O novo discurso do laboratório, contudo, apropriou-se da rede de imagens em torno do vampiro parasítico de Atiles, continuando a usá-la como dispositivo controlador e instilador de medo. Essa dupla apropriação explica por que, apesar do fato de o *Necator americanus* ser uma versão 'desdentada' de uma lombriga do Velho Mundo, ele era 'visto' pelos novos médicos de laboratório como um parasita que chupava o sangue com sua 'boca cheia de dentes e ganchos' (Quevedo Báez, 1904). Mesmo depois que esse 'equívoco' foi corrigido, a figura do verme era bem representada dentro da rede de associações já construída pelos higienistas para amedrontar a população, fazendo-a disciplinar-se.

> Diariamente, mostra-se ao grupo de solicitantes que vêm ao Dispensário um número de vermes dizendo-lhes que provêm de outros indivíduos enfermos como eles, convidando-os a confirmar nossa afirmativa procurando vermes quando o remédio que lhe demos fizer efeito. Depois de uma curta explicação sobre o que é a doença, dizemos como esses parasitas produzem uns ovinhos dos quais saem outros vermes. Que esses ovinhos se desenvolvem à sombra dos cafezais e dos bananais; nas águas paradas e no lodo, onde logo pululam esses pequeníssimos vermes. Que eles atacam o pé descalço do camponês, produzindo ulcerações, e que repetidos ataques de ulcerações causam anemia. Advertimos que a propagação da enfermidade se deve à contaminação do solo pelas fezes e aconselhamos que nunca as depositem em campo aberto. (Ashford, 1905:123)[26]

Seguindo as lições dos 'letrados', os novos médicos atemorizavam os camponeses mostrando-lhes os agentes, de outra forma invisíveis, que causavam seu estado crítico. Estranhamente, fazendo-nos lembrar da retórica do discurso colonial com que se engajou Brau, o novo discurso metropolitano da medicina de laboratório reinvestiu na figura do camponês a responsabilidade por seu estado enfermo. Mais importante, talvez, ele reinvestiu na figura do camponês os sinais da diferença racial que os 'letrados' tanto haviam se esforçado para deslocar. A vadiagem foi medicalizada em uma série de sintomas, como fraqueza constitucional, ou indolência. Mais ainda, tornou-se intrínseca aos camponeses, embora dessa vez viesse na forma de enxames de parasitas dentro de seus corpos. Se os parasitas foram uma metáfora para o corpo 'negro' dos membros da 'raça africana', o microscópio ajudou a levar o corpo 'branco' do camponês mais perto que nunca dessa perigosa 'raça'. Contudo, em um significativo distanciamento das práticas disciplinadoras do antigo regime colonial, os administradores da nova metrópole norte-americana ensinavam os camponeses a se disciplinarem. O autotratamento tornava possíveis as alternativas de autonomia política parcial e auto-administração, mas dependia tanto da incorporação da doença quanto de intermitente intervenção externa.[27]

Conclusão

Está claro que, para poder oferecer uma alternativa à explicação fatalista da metrópole para a situação colonial, 'letrados' como Atiles e Brau engajaram-se em uma estratégia contestadora melhor descrita por Stepan e Gilman (1991) como canibalização. Os 'letrados' responderam com sucesso ao discurso determinista europeu que, por definição, colocava suas próprias questões em um registro moral e intelectualmente inferior ao dos cientistas europeus. Mais ainda, não apenas conseguiram com suas tentativas minar as conclusões fatalistas desse discurso, como fizeram-no sem questionar diretamente sua validade. Essa estratégia indireta tornou possível o apoderamento desse grupo. A estratégia pode ser decomposta em várias partes. Primeiro, eles incorporaram uma versão da teoria de degeneração racialmente determinada que aquietava os medos dos administradores espanhóis. Segundo, deslocaram a ameaça da diferença representada por seus próprios corpos para um corpo 'negro'. Esse deslocamento exigiu um conjunto diferente de estratégias que os 'letrados' articularam

e praticaram, cuidando da mulher camponesa e disciplinando violentamente os membros da 'raça africana'.

A canibalização dos 'letrados', contudo, não se deteve em sua apropriação e adaptação do discurso científico europeu. Usando estratégias e figuras do discurso popular e da prática médica local, os 'letrados' construíram uma história de horror sobre vampiros e vítimas inocentes que justificavam suas estratégias de 'cuidado' e castigo. Essa ficção foi essencial para que a classe dos 'letrados' se investisse de poder e se autodefinisse diante dos três principais agentes poderosos que enfrentavam: um modelo científico europeu que não explicava sua realidade tal como era por ela percebida, uma administração espanhola que não lhe permitia progredir social e politicamente, e uma prática médica local que oferecia uma alternativa obviamente inteligente e atraente à sua própria prática.

Mas essa ficção foi crítica também porque definiu um estado de crise normativa, ou ruptura iminente, que justificava sua constante administração ou vigilância, sem exigir nem medidas repressivas contra o jíbaro 'branco', nem uma transformação radical da realidade colonial da qual os 'letrados' eram também parte. Essa história de horror resultou na legitimação de um administrador moderno, um médico, colocado no antípoda temporal de um país incivilizado, povoado de corpos inocentes e vampiros. Resultou também na popularização das lições de autoridade. A vigilância tornou-se o dogma central de um processo autotélico de autogoverno e reforma liberal, melhor articulado pelo novo discurso metropolitano, paradoxalmente, às custas da recém-adquirida autonomia dos 'letrados'.[28]

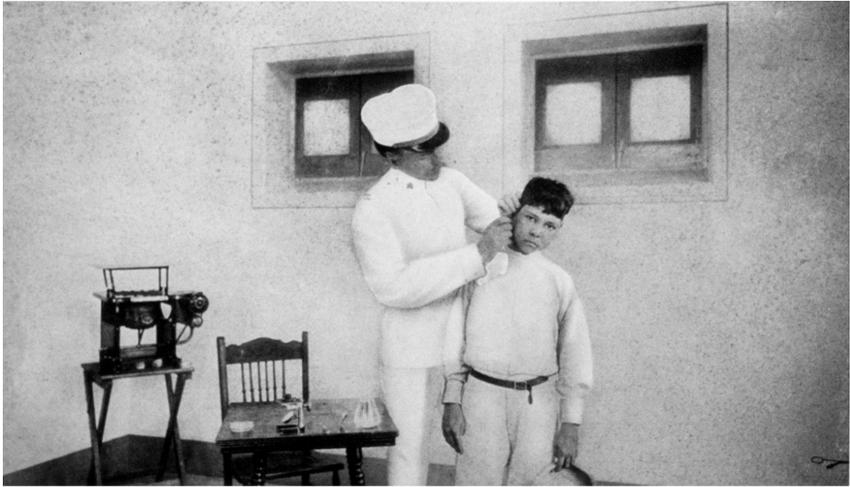
No incessante vai-e-vem dessas configurações, há momentos em que essas imagens parecem revelar com particular clareza as construções e exclusões que procuram ocultar. Uma dessas imagens é a pintura de Oller, outra é uma fotografia de Ashford, que chegara a Porto Rico como tenente do Exército dos Estados Unidos durante a guerra hispano-americana. A fotografia foi tirada em 1904, ano em que foi fundada a Comissão da Anemia. Ela aparece na autobiografia de Ashford (1934), onde ele a usa para ilustrar a cuidadosa intervenção da medicina de laboratório no corpo do jíbaro porto-riquenho (*Fig. 3*). A foto mostra Ashford em seu laboratório, rodeado pelos instrumentos de seu ofício (um microscópio, um disco Petri e um frasco cheio de líquido), examinando a orelha de um rapaz de aspecto desamparado.

DR. ASHFORD TAKING A BLOOD SPECIMEN FROM AN ANEMIC
PUERTO RICAN BOY (1904)

Fig. 3 - "Dr. Ashford Taking Blood Specimen from an Anemic Puerto Rican Boy, 1904" Em Bailey K. Ashford, *A Soldier in Science: the autobiography of Bailey K Ashford* (Nova Iorque, Williams Morrow, 1934), p.100

Na legenda sob a fotografia lê-se: "Dr. Ashford tirando uma amostra de sangue de um anêmico rapaz porto-riquenho", o que sugere que a expressão de sofrimento no rosto do rapaz é, na verdade, um sinal de sua doença. Conquanto Ashford ocupe um lugar central na fotografia, seu efêmero uniforme branco e seu rosto fora de foco sugerem que o microscópio, o disco Petri, e o rosto do rapaz são os elementos centrais da composição. A figura do médico parece fundir-se com o fundo, sugerindo a natureza não intervencionista de seu gesto médico.

E, no entanto, o relato do próprio Ashford sobre sua prática entre os camponeses sugere uma qualidade muito diferente para sua intervenção. Se lermos esta fotografia tendo em mente o relatório médico de Ashford (1934) de suas interações com os camponeses anêmicos, surge uma interpretação diferente daquela sugerida na autobiografia. O relatório médico de Ashford torna razoavelmente evidente que o rapaz acaba de ser submetido a uma intervenção desfiguradora.

A presença do disco Petri sugere que o médico está cultivando uma amostra de parasitas em um caldo de cultura. A proximidade do microscópio em relação ao disco Petri sugere que o médico e seu paciente examinaram a cultura e que o médio explicou ao rapaz que ele é portador dos ver-

mes que acaba de ver ao microscópio. A expressão atemorizada do rapaz sugere uma reação provável à ficção do médico e explica sua submissão voluntária à intervenção de Ashford. Sugere também a dor sentida pelo rapaz submetido à prática invasiva do médico.

A fotografia aparece, então, como um registro irônico da prática médica vampírica. Não apenas mostra o médico extraindo dolorosamente sangue do rapaz para novos exames, como também substitui o conhecimento do rapaz sobre si mesmo, e a interpretação do observador sobre a expressão do rapaz, por uma história de horror sobre a invasão de ladrões de corpos.

A fotografia é, ainda, uma tentativa de apoderamento do médico (seu conhecimento e sua prática), ao mesmo tempo que o faz desaparecer. É uma declaração em que enganosamente se auto-apaga e que visa a investir de poder, não tanto a Ashford, mas ao discurso do 'cuidado' que ele representa. Na atualidade, esse discurso continua intensamente invasivo, e seu poder é obtido ao preço de fazer o rapaz ter medo de si mesmo, tornando-o um Outro para si mesmo.

Notas

[1] Tomo de empréstimo a Angel Rama (1984) o termo 'letrado'. Ele o usa para descrever não apenas uma classe de intelectuais cultos, mas também um tipo particular de consciência colonizada que aceita a arbitrariedade da ligação e, portanto, a ruptura implícita entre signos e referenciais.

[2] O pensamento crítico recente sobre a nação porto-riquenha enfatizou a interdependência entre o discurso do Eu e a construção do Outro. Mas essas críticas culturais não concordam quanto ao tipo de representação mental que foi construída para investir de poder a classe governante emergente. José Luis González (1979) afirma que sua classe intelectual construiu a distopia de um organismo social enfermo que necessitava de regeneração, e Angel G. Quintero Rivera (1988) defende a tese da utopia de um organismo social intrinsecamente harmônico e saudável que necessita apenas de alguma orientação. Essas aparentes diferenças, contudo, podem ser reconciliadas. Tanto Quintero Rivera como González fazem alusões a um campo figurativo comum a partir do qual a nação pode ser representada como acometida de um mal 'negro' emergem desse campo comum figurativo como versões de um Outro, conjurado para autorizar a figura de um Eu nacional. Ainda que essas análises expliquem parcialmente a construção de uma nação pelos 'letrados', isto não é o suficiente porque não conseguem interpretar a força desfiguradora internalizada no discurso do 'letrado' sobre o Eu. Neste ensaio tento fazer precisamente isso, indo além da descrição da inter-relação entre a figura utópica de um Eu porto-riquenho harmonioso e a figura distópica de um Outro porto-riquenho enfermo. Coloquei essas figuras, ao invés, contra as figuras concorrentes de Eu e Outro que foram construídas

pelas forças metropolitanas, retornando, assim, sua complexidade para a autoconfiguração do 'letrado' como parte de uma nação em perpétua crise.

[3] Aqui, referências à cor de pele aparecem entre aspas porque as utilizo como marcas discursivas de uma diferença racial, e não como uma característica física. A cor não é diferente dos dentes do parasita 'vistos' pelos 'letrados' locais, como se descreve ao final deste ensaio. As aspas pretendem chamar a atenção para (e colocar em discussão) essa forma distinta, mas generalizada, de ordenar e governar corpos. Devo minha compreensão de cor e raça a Melbourne Tapper, que argumenta convincentemente que "raça e etnia são sempre práticas discursivas". Minha análise da anemia também deve muito à afirmativa de Tapper de que as doenças como a anemia são práticas discursivas da antropologia e da ciência médica, e são usadas com o fim de fazer a distinção entre duas raças (Tapper, 1995:178).

[4] Ambos publicaram em periódicos liberais (*El Asimilista*, *La Revista Puertorriqueña*) e fizeram parte do grupo liberal de intelectuais que não apenas se reunia na biblioteca de José González Font, como também publicou numerosas obras em sua gráfica. Ver a introdução de Fernández Méndez às Disquisiciones Sociológicas (Brau, 1956:79-80; Quintero Rivera, 1988:98). Quatro trabalhos têm maior importância aqui. Dois são memórias científicas sobre o camponês porto-riquenho que receberam prêmios dados pelo Ateneo Puertorriqueño: Francisco del Valle Atiles, *El Campesino Puertorriqueño* (1887), e Salvador Brau, 'Las clases jornaleras', originalmente publicado em 1882 e depois incluído nas *Disquisiciones Sociológicas* (1956). Os dois outros, 'La comadre que medra' (1883), de Atiles, e '¿Pecadora?' (1887), de Brau, são obras literárias. Ambos são considerados como precursores da mais importante obra naturalista de Porto Rico, *La Charca*, publicada em 1896 pelo médico-escritor Manuel Zeno Gandía.

[5] Tomo o termo 'medicina de laboratório' de empréstimo a Warwick Anderson (1992), que o usa para significar o tipo de medicina que era praticada principalmente em laboratório, em oposição à prática médica que se centrava no consultório. A ênfase foucaultiana de Anderson na 'medicina de laboratório', em vez de nas mudanças no objeto da análise científica (como no termo 'medicina tropical'), coloca apropriadamente em primeiro plano a importância da prática médica.

[6] A febre amarela matou os governadores-gerais Vega Inclán e José Gamir, em 1884 e 1898, respectivamente.

[7] Ver a introdução de Fernández Méndez a Disquisiciones Sociológicas (Brau, 1956).

[8] Gabriel Ferrer (1847-1900) foi um influente médico-escritor reformista liberal cujas idéias refletiam claramente os lugares-comuns científicos da época e cuja obra sobre a mulher porto-riquenha influenciou os trabalhos tanto de Atiles como de Brau.

[9] O trabalhador era forçado a levar consigo uma caderneta, inspirada no modelo do *livret* napoleônico, que tinha de ser regularmente apresentada à inspeção das autoridades (Picó, 1993). As obras citadas repetidas vezes para construir a figura do camponês porto-riquenho como vadio eram, principalmente, a *Historia de Puerto Rico*, de Fray Iñigo Abad, e a Memória apresentada por Alejandro O'Reylly, em 1765, ao governo espanhol.

[10] Boletín oficial del Ministerio de Ultramar, 1874, citado por Brau, 'Las clases jornaleras' (Brau, 1956).

[11] Este argumento se baseava nos escritos científicos norte-americanos sobre degeneração após a Guerra Civil. Ver Gilman, 1983.

[12] Tomo este título de empréstimo à sugestiva obra de Susan Sontag.

[13] De forma bastante previsível, essa invisibilidade é explicada no romance como resultado da irresponsabilidade das autoridades locais, que abandonaram todas as tentativas de modernizar a rede de comunicações que ligava as pequenas comunidades da ilha.

[14] Ver a análise de Quintero Rivera (1988) sobre o estudo de música popular de Brau.

[15] Em sua declaração mais reveladora sobre a questão racial, Atiles 'concede' que mesmo a inferior 'raça negra' tem algo a oferecer para o futuro da nação porto-riquenha, e argumenta que "os povos compostos por raças inferiores, ineptas, decadentes (...) são incompatíveis com a atividade física e mental que a lei do progresso impõe e, por conseguinte, são incompatíveis com o próprio progresso" (Del Valle Atiles, 1914c: 73).

[16] A clorose deu forma médica à preocupação com a supressão da irregularidade da menstruação devida ao super-refinamento, e era demonstrada por uma perda da cor natural (daí sua etimologia grega, literalmente, 'tornar verde').

[17] Atiles escreveu e publicou diversos contos em revistas e jornais literários como *La Ilustración Puertorriqueña*, *Revista Puertorriqueña* e *Puerto Rico Ilustrado*. Alguns desses contos foram mais tarde reunidos em várias antologias de contos publicados em Porto Rico.

[18] Atiles não entendia o feto branco apenas como uma criança que ainda iria nascer, mas imaginou-o também como representação das origens da nação porto-riquenha. Isso tornava esse aborto duplamente criminoso, e fazia também criminoso o comportamento 'parasítico' da parteira.

[19] A 'perigosa' apropriação pela parteira de uma linguagem técnica e incompreensível é ridicularizada em 'La médica', outro conto de Atiles sobre a mesma figura, publicado em 1892 em *Ilustración Puertorriqueña*.

[20] Pelo menos, essa era a intenção de Atiles ao descrevê-lo como um discurso desnecessariamente 'duro' na primeira página do primeiro volume de sua publicação de 1883, *La Salud*, que tinha o sugestivo subtítulo *Semanario de higiene al alcance de todos*.

[21] Manuel Alonso era um dos membros desse grupo de higienistas. Foi, também, um dos líderes da geração de 'letrados' que introduziu a figura do camponês enfermo em sua coletânea de contos intitulada *El Jíbaro*, publicada em 1849. Uma descrição sucinta desse grupo emergente de médicos e suas diferenças em relação à prática médica popular e local pode ser vista em Biografía de Francisco J. Hernández, doctor en medicina y cirugía, de Atiles (1885).

[22] Tanto em '¿Pecadora?' como em 'La comadre que medra', o narrador ridiculariza a descrição que a parteira faz da doença como 'ar com sangue'. Ver Brau, 1975; e Atiles, 1883.

[23] Para uma descrição detalhada dos significados de '*aire*' (ar) na literatura antropológica, ver Kearney (1972) e Adams & Rubel (1964).

[24] Como exemplo do mesmo laboratório médico antecipando-se à invasão dos Estados Unidos, ver Coll Y Toste, 1895.

[25] A ancilostomíase é uma doença causada pela perda de sangue no intestino pequeno. Causa anemia, constipação e diarréia.

[26] Ver também Stahl, 1905.

[27] Uma importante conseqüência dessa virada qualitativa nas estratégias disciplinadoras seria o surgimento de uma divisão dentro do grupo estabelecido de 'letrados'. O grupo dividiu-se entre médicos que acreditavam em um tratamento baseado em intervenção estratégica (os quais começaram uma campanha para construção em todo o interior de locais de microgerenciamento e autocontrole chamados acampamentos de anemia), e outros que continuavam a suspeitar de tais práticas. Estes preferiram, ao invés, continuar seus esforços pela construção de uma forma menos difusa de controle e disciplina. Por restrições de espaço, contudo, não me será possível aqui desenvolver as implicações dessa divisão, o que terei de deixar para uma data posterior.

[28] A crise representada pelo estado anêmico da camponesa porto-riquenha é apenas uma versão da ordenação paradoxal de um mundo, que o constrói como heterogêneo. De fato, a percepção de uma crise é a ficção na qual se baseia a autoridade. A construção de uma crise investe poder: ela cria a necessidade de um mediador, ou moderador, que possa posicionar-se no espaço aberto pela ruptura. Mas uma crise também desinveste poder. Ela superdetermina a figura de um cidadão naturalizado. Para uma discussão sobre cidadania nessa direção, ver Anderson (1992), Quintero Rivera (1988) e Ramos (1996).

Referências Bibliográficas

ADAMS, R. N. & RUBEL, A. J. Sickness and social relations. In: WAUCHOPE, R. (Ed.) *Handbook of Middle American Indians*. Austin: University of Texas Press, 1964. p.333-356.

ANDERSON, W. Where every prospect pleases and only man is vile: laboratory medicine as colonial discourse. *Critical Inquiry*, (18):506-529, 1992.

ASHFORD, B. K. De la liga contra la urcinariasis en Puerto Rico. *Boletín de la Asociación Médica de Puerto Rico*, 3(32):119-125, 1905.

ASHFORD, B. K. *A Soldier in Science*. New York: William Morrow and Company, 1934.

BRAU, S. *Disquisiciones*. Intro. by Eugenio Fernández Méndez. Río Piedras: Ediciones del Instituto de Literatura, 1956.

BRAU, S. *La vuelta al hogar y ¿Pecadora?* Río Piedras: Editorial Edil, 1975.

COLL Y TOSTE, C. *Tratamiento de la Fiebre Amarilla*. Puerto Rico: Tipografía al vapor de 'La Correspondencia', 1895.

DEL VALLE ATILES, F. *La Salud*. Puerto Rico: Imprenta las Bellas Letras, 1883.

DEL VALLE ATILES, F. *Biografía de Francisco J. Hernández y Martínez, doctor en medicina y cirugía*. Puerto Rico: Imprenta de José González Font, 1885.

DEL VALLE ATILES, F. *El Campesino Puertorriqueño*. San Juan: Tipografía de José González Font, 1887.

DEL VALLE ATILES, F. Eugénica. *Boletín de la Asociación Médica de Puerto Rico*, 10(95):1-4, 1914a.

DEL VALLE ATILES, F. *Eugenesis la Base Más Firme de Nuestro Progreso: conferencias dominicales dadas en la biblioteca insular*. San Juan: Bureau of Supplies, Printing and Transportation, 1914b. p.9-21.

DEL VALLE ATILES, F. *Puerto Rico ante la Eugénica: conferencias dominicales dadas en la biblioteca insular*. San Juan: Bureau of Supplies, Printing and Transportation, 1914c. p.56-84.

DEL VALLE ATILES, F. Limitación de la prole. *Boletín de la Asociación Médica de Puerto Rico*, 13(114):1-7, 1917.

DOUGLAS, M. Witchcraft and leprosy, two strategies for rejection. In: CULTURAL STUDIES PROJECT. *Working Papers in Cultural Studies*. Cambridge: Massachussets Institute of Technology, 1990. p.70-89.

FERRER, G. *La Mujer en Puerto Rico: sus necesidades presentes y los medios mas fáciles y adecuados para mejorar su porvenir*. Puerto Rico: Imprenta de 'El Agente', 1881.

FIGLIO, K. Chlorosis and chronic disease in Nineteenth century Britain: the social constitution of somatic illness in a capitalist society. *Social History*, 3:167-197, 1978.

GILMAN, S. Degeneracy and race in the Nineteenth century: the impact of clinical medicine. *Journal of Ethics Studies*, 10(4):27-50, 1983.

GONZÁLEZ, J. L. Literatura e identidad nacional en Puerto Rico. In: QUINTERO RIVERA, A. G. (Ed.) *Puerto Rico: identidad nacional y clases sociales*. Río Piedras: Ediciones Huracán, 1979. p.45-79.

KEARNEY, M. *The Winds of Ixtepeji: world view and society in a Zapotec town*. New York: Holt, Rinehart and Winston, 1972.

PICÓ, F. *Historia General de Puerto Rico. Río Piedras*: Ediciones Huracán, 1986.

PICÓ, F. *Al Filo del Poder*. Río Piedras: Editorial de la Universidad de Puerto Rico, 1993.

QUEVEDO BÁEZ, M. Cartilla higiénica. *Boletín de la Asociación Médica de Puerto Rico*, 2(18):286-288, 1904.

QUINTERO RIVERA, A. G. *Patricios y Plebeyos: burgueses, hacendados, artesanos y obreros*. Río Piedras: Ediciones Huracán, 1988.

RAMA, A. *La Ciudad Letrada*. Hanover: Ediciones del Norte, 1984.

RAMOS, J. A citizen body: cholera in Havana (1833). *Dispositio/N*, 19(46):179-195, 1996.

SONTAG, S. *Illness as Metaphor*. New York: Vintage, 1979.

STAHL, A. Difusión de la uncinaria y liga de defensa contra la anemia. *Boletín de la Asociación Médica de Puerto Rico*, 3(35):155-164, 1905.

STEPAN, N. L. & GILMAN, S. L. Appropriating the idioms of science: the rejection of scientific racism. In: LAPACRA, D. (Ed.) *The Bounds at Roa: perspectives on hegemony and resistance*. New York: Cornell U.P., 1991. p.72-103.

TAPPER, M. Interrogating bodies: medico-racial knowledge, politics, and the study of a disease. *Comparative Studies in Society and History*, 37(1):76-93, 1995.

José Custódio de Almeida, o "Príncipe". Acervo do Museu da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre.

Fragmentos de um mundo oculto: práticas de cura no sul do Brasil*

Beatriz Teixeira Weber

* Versão de capítulo originalmente publicado em WEBER, B. T. *As Artes de Curar: Medicina, Religião e Magia e Positivismo na República Rio-Grandense – 1889-1928*. Santa Maria: Editora da UFSM e Bauru: Edusc, 1999.

Uma grande variedade de práticas de cura foi comum em todo o período colonial, no Brasil, conjugando elementos indígenas, africanos e europeus, associando magia e empirismo, componentes da própria sociedade arraigados na vida cotidiana da população colonial (Souza, 1986).[1] Este texto está voltado especificamente para um universo que se manteve vivo e atuante enquanto as práticas científicas eram afirmadas como as únicas capazes de oferecer a cura. Essas práticas – oriundas das mais diversas concepções do mundo, mais que apenas da saúde e da doença – serão inventariadas e analisadas nas páginas seguintes em sua multiplicidade, que incluiu terreiros de batuques e rituais afro-brasileiros, seitas radicais de imigrantes europeus, benzedeiras, curandeiros, espíritas, parteiras e outras formas de lidar com a saúde e a doença.

Essas práticas tiveram um contexto que as favoreceu. A organização republicana que se implantou no Rio Grande do Sul, após 1892, garantiu que os princípios de liberdade profissional e religiosa seriam mantidos, permitindo ampla diversidade de práticas de cura, com o aval da legislação. Para o exercício de qualquer prática de cura, bastava a inscrição na Diretoria de Higiene, pagando-se as taxas devidas. Não havia necessidade de comprovação de uma formação específica para o exercício da 'medicina' (Weber, 1999).

Nos vestígios que chegaram até nós, percebemos que os envolvidos nessas práticas não estavam apenas reagindo aos procedimentos impostos pela medicina científica. Muitas delas eram construções dos grupos sociais com os elementos aos quais tinham acesso, segundo as crenças e rituais tradicionalmente conhecidos por eles. Não havia apenas reações ao controle dos saberes dominantes, mas uma produção/articulação própria de saberes, de acordo com a origem de cada um daqueles grupos sociais ou de acordo com as possibilidades por eles entrevistas.

Em geral, os estudos que analisaram a organização da medicina e de um projeto de salubridade para o Brasil enfocam a formação e a implementação de disciplinas, que teriam modelado a sociedade a partir de uma perspectiva médico-higienista, limitando-se a relacionar saúde e formas de controle da classe dominante, submergindo qualquer tipo de presença popular ou de divergência interna nessas instituições. Outros estudos privilegiaram a implantação dessa normatização em campos específicos, como a prostituição, sem pretender tematizar as reações ou construções dos grupos aos quais as políticas se destinavam (Engel, 1988; Soares, 1992).

Alguns trabalhos, em contrapartida, têm entre seus objetivos captar as diferentes formas de resistência, em geral do operariado, às estratégias de normatização impostas pela sociedade industrial e pelas táticas de controle da classe dominante (Rago, 1987).

Esses trabalhos indicam uma nova perspectiva que se abriu na historiografia brasileira, com inovação nas temáticas e nas abordagens, inaugurando amplas possibilidades de pesquisa em história social. Contudo, nessas perspectivas, grupos populares não teriam participado na organização do mundo no qual viviam, sofrendo os efeitos de um projeto de controle e regulamentação ou reagindo ao estímulo de ordenamento imposto pela classe dominante ou por um poder/saber sem sujeitos. Parece que esses grupos apenas responderiam ao processo de disciplina e dominação. É importante salientar que muitos comportamentos e organizações originaram-se na prática desses setores sociais, que interagiram socialmente com criatividade e participaram ativamente das definições do mundo em que viveram. Isso adquire um significado ainda mais denso quando se trata de atividades religiosas e da organização de grupos que atendiam aos problemas de saúde de diversos segmentos sociais, temática que se pretende abordar aqui.

Contrariando as perspectivas que deixaram de lado esses comportamentos, muitas pessoas construíram formas de sobrevivência na sociedade rio-grandense do início do século XX. Buscaram práticas que atendessem a suas necessidades e seus problemas de saúde – física e mental – e construíram complexos rituais sociais. Autores como Roy Porter (1985) têm tentado sugerir métodos para o desenvolvimento de uma história da medicina alternativa, escrita do ponto de vista dos pacientes, isto é, de como eles entendiam saúde e doença e como manejavam seus encontros com médicos, farmacêuticos e demais atendimentos. Contudo, ele mesmo cita o quanto nos falta um "atlas histórico" da experiência da doença e das respostas dadas a ela. Essa temática ainda é uma "terra incógnita" que tem sido pouco discutida pelos historiadores (Porter, 1985:180). É a possibilidade de uma '*history from below*',[2] que procura ser aberta para que práticas de cura, em toda a sua estranheza e diversidade, possam ser resgatadas também como atitudes sociopolíticas de grupos populares. As possibilidades sugeridas por Roy Porter abrem muitas áreas de reflexão.

Aqui, procura-se evidenciar a convivência permanente de práticas diversificadas de cura – que não são estáticas e apresentam movimento e mudança em suas formas de aparecer – com aquelas da medicina formal e

institucionalizada do saber médico e do hospital durante os primeiros anos de República. Como são perspectivas dinâmicas, os exemplos utilizados estendem-se do século XIX até a década de 1920. O argumento central a ser desenvolvido será o de que a concepção que entende as sociedades da virada do século como sociedades totalmente 'medicalizadas', expressão do triunfo inquestionável da perspectiva científica de produção da verdade sobre todas as demais, merece ser repensada à luz da experiência dos gaúchos.

O texto está dividido em seis partes. Na primeira, resgata-se a grande variedade de práticas e suas formas de abordagem das doenças, ao longo do século XIX, pela continuidade que essas abordagens tiveram após a proclamação da República. Perspectivas místicas e religiosas tiveram grande destaque na organização de crenças e rituais que visavam a atender aos problemas de saúde, considerada não só como o bem-estar físico, mas também como o conforto material e espiritual.

Na segunda parte, destaca-se o uso de plantas medicinais, as benzeduras e simpatias, os 'feiticeiros' e a campanha dos jornais contra essas práticas tidas como 'supersticiosas' e fruto da ignorância. Apesar de todas as campanhas contra o 'curandeirismo', essas práticas se mantiveram ativas e intensas.

Na terceira parte, destaca-se o atendimento realizado pelas parteiras na construção de um saber próprio das mulheres. A área especializada da ginecologia/obstetrícia não era bem vista pelos médicos, que permitiam uma certa atuação das parteiras, desde que orientadas por eles, mediante formação específica. Mesmo com as tentativas de controle por meio de um curso de partos na Faculdade de Medicina de Porto Alegre, muitas parteiras transgrediam as 'normas', realizando atividades 'ilícitas' como abortos, atendendo aos anseios de muitas mulheres em dificuldades.

Espíritas e outros centros de atendimento aparecem de forma muito intensa na documentação, merecendo atenção especial na quarta parte. A freqüência dessas práticas chegou a confundir Porto Alegre com uma 'cidade do outro mundo'. Eram comuns como crenças que ofereciam outras explicações para as doenças e que não se limitavam aos diagnósticos técnicos, construindo versões sobre os problemas para vários setores sociais. Muitas das sociedades espíritas chegaram a formar verdadeiros centros de atendimento alternativo.

Um pouco do cotidiano dos procedimentos, nesses centros, aparece na quinta parte. Explicações articuladas pelo misticismo sobre a vida e as

dificuldades que as pessoas enfrentavam exerciam poderosa atração sobre os freqüentadores dessas sociedades.

Finalmente, na última parte, procura-se recuperar o sentido das práticas populares para os seus adeptos, traçando um quadro possível do que se buscava e como recorriam a elas, numa tentativa de percebermos um pouco do universo explicativo dessas atividades.

São Permitidos Curandeiros: a 'arte de curar' no século XIX

Ainda que a presença significativa de escravos no estado seja algo indiscutível, existem, hoje, poucos estudos sobre as formas de organização da população mais carente, especialmente a negra, no Rio Grande do Sul.[3] O interesse sobre a escravidão no Sul tem aumentado, mas ainda são escassos os estudos sobre as práticas de rituais da população negra ou da população em geral. Destacamos os textos de Paulo Moreira (s.d.) e Marco Antonio Lirio de Mello (1994). Mais recente, especialmente sobre uma curandeira negra, forra, na segunda metade do século XIX, é o trabalho de Nikelen Acosta Witter (2001).

O final do século XIX é o período mais estudado desse ponto de vista, mas as práticas de cura ainda não foram tematizadas nesse contexto.[4] Diante dessa situação, é necessário traçar um inventário das práticas populares de cura existentes ao longo do século XIX, em sua maioria tributárias da experiência de escravidão no Rio Grande do Sul.

A cidade de Porto Alegre era um pequeno núcleo urbano, que abrigava o governo da província ao iniciar-se o Oitocentos. Funcionava como um pequeno porto e era um pólo de distribuição das mercadorias produzidas no interior. Os memorialistas da cidade falam da existência de uma mulher negra, Angela Reiúna, que mantinha um pequeno asilo situado na Rua dos Pecados Mortais. Seu trabalho foi acompanhado pelo de José Antônio da Silva, um vizinho, que saía às ruas em certos dias da semana, vestindo um balandrau preto e recolhendo esmolas para os presos da cadeia. Com o dinheiro, ela comprava alimentos e preparava um caldo para alimentar os detentos aos domingos (Porto Alegre, 1906).[5] A preocupação com a caridade era, sobretudo, com o atendimento dos marinheiros e dos presos.

Nesse período, 1806, havia apenas 16 médicos e cirurgiões inscritos em toda a região da província. O atendimento em caso de doença era realizado por esses poucos médicos nas residências dos pacientes. A maior parte da população não dispunha de nenhum local ou forma de assistência

terapêutica oficializada. Assim, a legislação estabelecia que eram "permitidos curandeiros" nos lugares que não dispusessem de outros "cultores da arte de curar" (Porto Alegre, 1906:131), cuja presença era vista como uma espécie de complemento ou alternativa à presença dos clínicos diplomados.

Em caso de algum problema de saúde, era comum o uso de sangrias, serviço oferecido, nas décadas de 1870 e 1880, pela Barbearia do Eiras ou pelo Salão Calixto. Eiras era um português, residente na Rua da Ponte, esquina do Beco do Poço, que mantinha seus vidros com água e sanguessugas, suas ventosas e um estojo de dentista, além de fazer barbas, de ser relojoeiro e amolador (Porto Alegre, 1994).[6] O Salão Calixto era uma barbearia que também mantinha "sanguessugas hamburguesas", recomendadas para sugarem o "sangue viciado dos enfermos".[7] O uso das sangrias era uma prática comum, mesmo aos médicos formados, baseada na visão de que havia um desequilíbrio no corpo dos doentes que devia ser restabelecido por meio do alívio das tensões, o que a sangria provocava. Essa compreensão do alívio dos humores era bastante difundida e, provavelmente, a indicação para a sua realização ocorria por intermédio dos próprios barbeiros ou a pedido do doente.

As farmácias eram um local também procurado em caso de algum problema de saúde. Nelas se receitavam e preparavam as medicações. O farmacêutico André Jesuino de Oliveira Barreto, com botica na Praça do Portão, tratava pela homeopatia, por volta de 1880-90, mas também fazia "curas milagrosas" nos casos de pacientes desenganados pelos médicos (Porto Alegre, 1906:189-190).

Essas eram algumas das possibilidades disponíveis para a maior parte dos habitantes da cidade. Mas havia um universo bem mais amplo que podia ser buscado em caso de 'dificuldades' relativas à saúde.

Nos jornais e nos registros de polícia encontram-se descrições de diversos rituais religiosos. Esses rituais tratavam não só problemas de saúde, mas também os de amor, dinheiro e felicidade para os seus praticantes. As diversas práticas religiosas englobavam um universo bastante amplo de 'atendimentos'. Seus adeptos – cujo espectro social é difícil de precisar, embora as fontes costumem atribuí-las a negros – procuravam conforto para o cotidiano de suas vidas, o que não incluía só a saúde. Nesse contexto, os cronistas também enfatizam a existência de um profundo receio, por parte das elites, dos feitiços e envenenamentos que os negros poderiam 'manipular'.

Descrevemos, a título de ilustração, alguns exemplos de 'esculápios' e casas de rituais existentes em Porto Alegre, na década de 1880, que indicam esses pontos: o negro Mandú, 'médico-mandingueiro', habitava um lugar denominado Paredão, na estrada que liga Aldeia a Santa Cristina, deslocando-se pelo interior para exercer suas atividades. Segundo o jornal que o denunciava, ele curava enfermidades provocadas por 'feitiçaria' e fazia 'mesadas'. As 'mesadas' serviam ou para fechar o corpo, preservando-o de feitiços, ou para abri-lo, enfeitiçando-o para enlaces amorosos. Um outro esculápio era o negro Antônio, ex-escravo, que atendia na Rua dos Pretos Forros, arrabalde do bairro Menino Deus. Ele aplicava remédios e invocava espíritos para suas práticas. O jornal afirmava que Antônio citava o nome do médico dr. Pena como um dos médicos que aprovavam as receitas por ele passadas, o que sugere um certo reconhecimento mútuo entre o universo do curandeiro e o do médico. Havia extrema complexidade nas relações entre médicos oficializados e curandeiros. Antônio invocava o nome do dr. Pena como uma forma de legitimação e dr. Pena talvez não condenasse explicitamente as atividades do negro Antônio. Ambas as notícias incitavam as autoridades e o médico envolvido a tomar providências para "evitar o mal" (Moreira, s.d.:20-21).[8] Entretanto, o 'mal' era parte do cotidiano e cumpria diversos papéis: tratava doenças, confortava e socializava, resolvia desavenças etc. Práticas de 'negros' eram usuais também na cidade de Porto Alegre, apesar da grande presença de imigrantes. Havia o candomblé da Mãe Rita, em frente ao antigo matadouro, onde se reuniam, nos domingos à tarde, pretos de diversas nações, com tambores, canzás, urucungos e marimbas, cantando e dançando. Eram encontros tratados como festas onde "esqueciam as mágoas".[9]

'Batuque' foi o nome dado às práticas dos 'negros' na região. É a forma ritual mais estudada no Rio Grande do Sul, considerada a mais antiga, tendo surgido no século XIX e se difundido pelas principais cidades. É uma religião jeje-nagô, com pouca influência banto, mas teria sobrevivido numa região onde o percentual de presença dos bantos foi de três a quatro africanos de origem banto para um africano de origem jeje-nagô, porque poderia funcionar como um *locus* de identidade para os negros urbanos em geral. Ele reúne elementos de origem sudanesa e católica, cultuando orixás e santos, uns associados aos outros, e, em algumas ocasiões, também os eguns, espíritos ancestrais 'de religião' dos praticantes (Correa, 1998).

Roger Bastide afirma que a primeira 'casa' de batuque, em Porto Alegre, seria de 1894. O aumento do número dessas casas foi mais

perceptível nas décadas de 1920 e 1930, a partir dos seus registros na polícia. De 1920 a 1930 foram registradas dez casas; de 1930 a 1940 mais 20; e de 1940 a 1945, ano em que Bastide estava pesquisando, mais 18 casas (Bastide, 1960).[10] A documentação consultada não se refere, especificamente, a casas de 'batuques'. Há uma amplitude muito grande de práticas, particularmente no que nos interessa aqui – aquelas que visavam à cura. Enfocamos a questão porque a amplitude do que era 'tratado' por esses rituais indica que 'saúde' era algo mais amplo do que só a inexistência de doença: incluía enlace matrimonial ou amoroso, conforto material e espiritual, amizades e bons relacionamentos.

Norton Correa (1998) afirma que, de forma simplificada, teriam surgido duas outras formas rituais afro-brasileiras básicas no Rio Grande do Sul, além do batuque. A umbanda (ou magia branca, linha branca, linha do caboclo ou caboclo) teria se implantado no final da década de 1920, com seu primeiro centro fundado em Rio Grande por um oficial da Marinha mercante. Seria uma elaboração 'tipicamente brasileira', nascida oficialmente no Rio de Janeiro, nas primeiras décadas de 1920. Teria assimilado elementos culturais diversos – católicos, sudaneses, indígenas –, incorporado elementos do espiritismo e idéias de teosofia e parapsicologia, além de dados científicos popularizados pelo esforço de divulgação naquele período. Cultuariam pretos-velhos, caboclos e orixás-da-umbanda. Sua ampla capacidade de elaborar novos elementos, dispondo de um corpo teórico-filosófico socialmente aceitável, teria permitido sua legitimação e institucionalização.[11] O outro ritual encontrado no Rio Grande do Sul, a 'linha cruzada' (quimbanda, linha negra ou magia negra), é mais recente, com os primeiros templos fundados, possivelmente, nos anos 1950. É um culto que adota, além das entidades do batuque e da umbanda, mais exus e pombagiras, reunindo aspectos da umbanda e do batuque. Atualmente, é a prática mais difundida no Estado, provavelmente porque cultua todo o universo de entidades das outras modalidades, 'cruzando' perspectivas religiosas diversas.

Esse é um quadro muito rápido, traçado a grandes pinceladas, das práticas afro-brasileiras no Rio Grande do Sul. No entanto, essa divisão não configura sistemas religiosos homogêneos e 'puros', que só existiriam na perspectiva dos analistas. Os diversos grupos envolvidos nas suas práticas não possuem, ao menos atualmente, uma diferenciação tão clara, exercendo as três formas de cultos separadamente (Oro, 1994). Mais difícil ainda seria estabelecer uma diferenciação para o início do século XX.

Não há estatísticas dos 'lados' dos rituais praticados. Provavelmente, a grande diversidade de práticas encontradas na documentação do período, difíceis de vincular com o que conhecemos, não possuía distinções formais. Além disso, a grande presença de imigrantes alemães e italianos mesclou, enormemente, concepções e rituais desses grupos, havendo brancos de origem alemã que dirigem casas de batuque. Nos estudos sobre terreiros no estado, antropólogos destacam a experiência histórica de trabalhadores urbanos, mais do que a transmissão de uma tradição africana, escrava, ou batuqueira, porque os participantes desconhecem os mitos e o sentido dos rituais (Brites, 1994), tendo feito uma releitura e uma reaglutinação dos seus elementos.

Podemos, agora, voltar ao século XIX: escravos, moradores das cidades e colonos pobres, imigrantes de várias nacionalidades, apelavam ao conhecimento que possuíam como grupo, às suas tradições. Seus rituais não se resumiam ao atendimento da saúde, mas incluíam folguedos, busca de casamento e dinheiro e proteção diante das dificuldades. Um episódio muito significativo da diversidade cultural regional foi o movimento dos *Mucker* (que, em alemão, significa 'santarrão'), nome dado aos colonos que se reuniam na casa de João José Maurer e Jacobina Maurer, ao pé do Morro do Ferrabrás (Sapiranga), na década de 1870. Os *Mucker* eram descendentes de imigrantes alemães que moravam numa região praticamente sem nenhuma assistência, "moral, ou material, escolar ou religiosa, social ou financeira – como também aliás [o governo] não dava aos nacionais" (Queiroz, 1976:242).

Numa região ocupada pela imigração alemã, João Jorge, carpinteiro e analfabeto, tornou-se conhecido como curandeiro, tratando com ervas das mazelas das famílias. Jacobina, sua esposa, lia e explicava a Bíblia aos doentes que buscavam alívio. Com o tempo, prováveis crises epilépticas de Jacobina foram interpretadas como sinal de poderes extraordinários, e ela passou a ser uma líder para os colonos. Chegou a proclamar-se Cristo reencarnado, eleger apóstolos e prometer uma nova vida para os seus eleitos. Em maio de 1873, alguns moradores da região pediram a intervenção da polícia. Maurer, Jacobina e vários adeptos foram presos, mas libertados ao prometerem pôr um fim às reuniões religiosas. A partir daí, todos os crimes ocorridos na região foram atribuídos aos *Mucker*. A polícia reprimiu os adeptos, com novas prisões. Em junho de 1874, grupos de *Mucker* reagiram à repressão, até agosto do mesmo ano, quando houve a morte de Jacobina e de seus mais fiéis seguidores. Os sobreviventes foram

processados, julgados e absolvidos, mas o receio permaneceu longamente na região (Queiroz, 1976).[12]

O episódio reforça a idéia de que a situação de inexistência de recursos, mas também as concepções que cercavam o tema de doença e de saúde, geraram formas de assistência autônomas e adequadas aos contornos específicos da população gaúcha em sua radical diversidade. Imigrantes em dificuldades aproximaram-se primordialmente, visando a tratar de diversos dos seus problemas. Condições específicas os levaram a práticas religiosas que buscavam facilitar a vida em regiões isoladas. Esse episódio ajuda a compor o panorama complexo da população carente do estado. As motivações que levam à participação em rituais religiosos diversos estão intimamente relacionadas à busca da cura, e vão além disso.[13] A busca por consolo, tratamento e solução de dificuldades do cotidiano orientaram a população carente do Estado em práticas que ofereciam essas possibilidades. De forma autônoma, organizavam-se em variadas atividades, a partir do universo que conheciam, oriundo indiferentemente de tradições indígenas, africanas ou européias e, muitas vezes, aglutinando componentes de todas elas. Os rituais religiosos significaram sobrevivência objetiva dos seus corpos, quando realizavam curas, e sobrevivência dos conhecimentos que traziam, quando mantinham as tradições e alimentavam identidades.

É certo que a falta de qualquer tipo de assistência pública era um dos elementos que levaram à adoção de práticas de cura diversificadas no Rio Grande do Sul, mas esse quadro é bem mais complexo. Podemos apontar algumas possibilidades. A discussão específica sobre o que cada um dos movimentos poderia representar é bastante rica.[14] O surgimento da umbanda no Rio de Janeiro na década de 1920, por exemplo, deu margem a um significativo debate (Camargo, 1961, 1973; Brown, 1977, 1985; Ortiz, 1977; Fry, 1982), mas suas sugestões são difíceis de transcrever diretamente para o Rio Grande do Sul. O papel da magia na sociedade moderna parece ser mais extenso do que, geralmente, percebemos, pois todo tipo de entusiasmo religioso insiste em reaparecer periodicamente (Thomas, 1991).

Em certo sentido, a medicina ainda apresenta elementos mágicos para alguns pacientes quando as prescrições ultrapassam sua compreensão, pois operam também por meios ocultos. A maioria das pessoas não entende como funciona a química dos medicamentos, que produziriam a 'cura', no corpo humano: elas apenas utilizam a medicação que foi indicada, sem saber como ela funciona ou os problemas que pode acarre-

tar. As sociedades modernas não abandonaram apreensões mágicas do mundo. No período estudado, isso era ainda mais significativo, pois a medicina ainda apresentava-se como mais uma entre as possibilidades e, provavelmente, não das melhores, pois oferecia tratamentos agressivos e dolorosos, como a cirurgia, o isolamento dos doentes, sangrias e purgas. As outras práticas mágicas de cura, por seu turno, eram indolores e ofereciam certo alívio e reconforto psicológico, sem afastar os doentes dos seus amigos e parentes. Eram conhecidas dos membros do grupo e decorriam de cosmogonias compreensíveis e compartilhadas por eles. Se havia alguma hierarquia entre as diversas práticas de cura, provavelmente as mais familiares seriam as preferidas.

O discurso da 'modernização' que se consolidava no final do século XIX e na primeira metade do século XX pretendeu transferir para a ciência – no caso, especialmente a medicina – a crença na cura e no tratamento de certas dificuldades cotidianas, emancipando a religião das esferas seculares da vida. As religiões tradicionais, como o catolicismo e o protestantismo histórico, tentaram adaptar-se, realizando mudanças internas que suscitaram o afastamento do mistério e do sagrado. Mas os fiéis não parecem ter acompanhado *pari passu* o processo de 'secularização interna' das religiões cristãs. Não assimilaram as reformas litúrgicas e pastorais nem abandonaram, individualmente, suas práticas religiosas e sua representação sagrada do mundo e da natureza. Parcela importante da população (pelo menos a latino-americana) não procedeu ao desencantamento do mundo e da vida. As diversas crenças populares, especialmente as religiões afro-brasileiras, mas não somente elas, ocuparam o espaço que a ciência se mostrou impotente em preencher e que as religiões tradicionais abandonaram, que é o espaço da angústia, das incertezas existenciais e dos imponderáveis do cotidiano. Sustentaram uma visão religiosa globalizante, mantendo o encantamento do mundo e do homem e cultivando os ritos, mitos, símbolos, mistérios e magias, articulados de forma muito própria. As crenças populares mantiveram uma maneira de ser religiosa, que permanece para boa parte da população (Oro, 1994). As dificuldades em conseguir emprego, dinheiro, em manter relações amorosas etc. são incorporadas, explicadas e exorcizadas pelas práticas místicas, criadoras de uma renovada esperança. Apesar das incertezas da vida cotidiana, ofereciam alguma explicação organizada para as dificuldades e uma perspectiva de solução.

Receitistas, Benzedores, Feiticeiros, 'Médicos' em Geral

É inquestionável a existência, bastante significativa, de curandeiros de diversas modalidades. Trata-se, provavelmente, das mesmas casas existentes desde o início do século, originadas numa longa história que, no Rio Grande do Sul, percorria o século XIX. Porto Alegre, como vários outros centros urbanos, possuía uma diversificada oferta de práticas de cura vinculadas às tradições dos grupos humanos que ali habitavam. Essa diversidade era comum também na Europa, onde magos populares ofereciam desde a cura de doentes e a localização de objetos perdidos até a leitura da sorte e todos os tipos de adivinhação (Thomas, 1991). Privilegiamos as atividades de cura, mas, em geral, elas constituíam apenas um setor de um repertório bastante variado. No entanto, no contexto do Rio Grande do Sul, até mesmo as cartomantes se intitulavam médicas. Era um título passível de uso, pois bastava a inscrição na Diretoria de Higiene para serem considerados como tais.[15] Somente o título de doutor era reservado aos médicos diplomados.

É necessário cautela para tentar reconstituir esse quadro de crenças elaboradas e complexas a partir dos poucos vestígios que encontramos sobre as diversas práticas de cura (Linebaugh, 1975). Algumas das práticas, como o espiritismo, compuseram um universo articulado, com publicações teóricas e um corpo doutrinário defendido por seus membros. Contudo, a maior parte dos centros de cura, ou dos curandeiros individuais, jamais chegou a (ou quis) elaborar suas doutrinas de forma articulada. Na verdade, a complexidade de conjunções das crenças que as populações reuniam é algo destacado ao longo de toda a história (Delumeau, 1989; Thomas, 1991). Os pesquisadores, em geral, têm apenas aproximações dos seus significados para os homens e mulheres envolvidos. Muitas vezes, as práticas de cura perderam seu sentido original e há muitas dificuldades para rastrear sua genealogia (Thomas, 1991). Essa dificuldade é muito mais significativa para práticas exercidas no Brasil no início do século XX: só temos acesso a elas indiretamente, por fontes dos 'vencedores', ou seja, temos as versões dos que tentavam desqualificá-las e não dos que as vivenciavam. Como este é um dos primeiros estudos sobre a temática, optamos por traçar uma 'panorâmica' das diversas crenças e práticas de cura do período.

Os 'curandeiros' podiam ser 'práticos', como João Eickhoff, um imigrante alemão cuja principal atividade era a marcenaria. Mas ele havia

adquirido conhecimentos medicinais no trabalho de farmácia, com os quais exercia também atividades de médico, com direito a clinicar, no interior do município de Taquara. Lá ele dividia a clientela com o homeopata Jurgensen, comerciante, seu amigo, na década de 1890. Eickhoff redigiu um relato de sua atuação política quando exerceu oposição ao governo castilhista, no período que antecedeu a Revolução Federalista (1893-1895), acabando na prisão de Porto Alegre para ser fuzilado, o que não chegou a se concretizar. Ele era muito bem conceituado na região onde morava, pois atendia prontamente quando chamado, deslocando-se para as residências dos doentes para tratar males diversos, como, por exemplo, "câimbra de sangue" (disenteria), além de limpar feridas, fraturas e fazer curativos. Preparava "garrafas de medicação" (Eickhoff, 1994), que deviam ser a combinação dos componentes farmacêuticos que ele havia conhecido quando trabalhou numa farmácia da família, somados à experiência no atendimento das pessoas necessitadas na região onde morava. Após adquirir a confiança dessas pessoas, era chamado respeitosamente de 'médico', provavelmente um dos poucos que podia oferecer alguma prática desse tipo.

João Eickhoff devia utilizar também diversas ervas nas suas 'garrafas'. Usos medicinais de plantas eram comuns em todo o estado, como provavelmente em todo o país. A população utilizava ervas para os mais diversos males, havendo vendedores que as colhiam e vendiam nos povoados. Os jesuítas teriam estudado as plantas do Paraná e do Uruguai, espalhando as suas 'descobertas' e as suas receitas, que se tornaram de uso comum. Provavelmente, os usos indígenas na região foram assimilados e reproduzidos. Notícias das plantas medicinais mais afamadas e seus usos são constantes. Havia mil-homens, um cipó que servia como contraveneno para mordedura de cobra – os índios das Missões chamavam-no de 'cipó dos feiticeiros', porque era considerado preservativo contra mau-olhado, 'fascinação' ou qualquer feitiço. A origem do seu uso é indígena, assim como a da caroba (pau-santo), cuja resina é usada para males dos pulmões, aguairabá (bálsamo das Missões), do qual preparam um remédio para feridas, úlceras e outras doenças, só para citar as mais famosas. O padre Teschauer (1909), que apresentou essas informações, afirma que os índios aproveitavam as plantas quando notavam uma aparente semelhança entre suas formas e seu cheiro com os elementos que queriam curar, inclusive com fenômenos espirituais, como o caso do mil-homens, também chamado 'isipó-curuçu'.

Os curandeiros, que percorriam os campos e as cidades prometendo curas, na região das Missões, eram chamados 'manosantas' ou 'tatadióses'. Eles teriam chegado a exercer o ofício a partir de alguma ocasião em que uma cura havia dado certo, com rezas, benzeduras, sopros ou imposição de mãos. Após terem curado algumas pessoas, corria a fama e proclamavam-nos 'manosantas'. Provavelmente, essa é a forma como a maioria dos práticos de cura começou suas atividades. Os padres procuravam desqualificá-los, usando os instrumentos da ciência, chamando-os de 'monomaníacos' e ministros do espírito das trevas (Teschauer, 1909), o que não diminuía o prestígio desses curandeiros.

O uso de plantas medicinais também fazia parte do cotidiano de cura das cidades. O jornal *Gazeta do Povo* possuía uma seção regular, em 1918 e 1919, chamada 'Plantas que Curam', citando os nomes das plantas, descrevendo-as e indicando seus usos. Elas eram estudadas e empregadas pelo médico doutor J. R. Monteiro da Silva, mas certamente faziam parte do cabedal de conhecimentos práticos de benzedeiras e mulheres do lar, além de índios guaranis e outros. O médico também indica onde havia observado a utilização das plantas, como o 'caripá', cujas folhas eram usadas para fumar, podendo evitar dispepsia, moléstias dos olhos, granulações da faringe, nevropatias e falta de memória, usada por moradores do interior, ou cipó-suma (piraguaya ou 'pereinár'), que era conhecido pelos índios para tratar a pele (eczema, dartrose, furunculose), combatia irritações das mucosas e feridas de origem herpética, sendo a cura considerada demorada, mas certa. Esse médico procurava estimular os leitores do jornal para que insistissem em pedir plantas como receitas aos seus médicos, para que eles começassem a estudar a botânica médica brasileira e usar o potencial de cura da flora exuberante e variada do Brasil.[16]

Plantas com finalidade medicinal eram usadas pelos habitantes do interior e das cidades, curandeiros e médicos, ricos e pobres. Uma tese, apresentada na Faculdade de Medicina de Porto Alegre, em 1905, afirmava que a flora rio-grandense não poderia ser comparada à do Pará, por exemplo, mas que "os vegetais formam quase que o exclusivo recurso de que o povo lança mão, em benefício da saúde" (Bem, 1905:17), nomeando 80 espécies e seus empregos. Além dos chás, esse autor menciona o uso de banha de lagarto, em fricções, para reumatismo articular; banha de capivara para a cura da tuberculose; jasmim do campo para evitar as cicatrizes variólicas, além das práticas comuns entre a população, tais como soprar

numa garrafa para apressar o parto, aplicar uma rodela do cueiro na testa das crianças para terminar o soluço, pequenos pedaços de casca de laranja e de batata inglesa para aliviar as dores de cabeça e cortar as unhas nas segundas-feiras para prevenir dores de dente. Esse saber cotidiano e popular não chegava a gerar estranheza.

O uso de plantas chegou a originar uma tese específica, apresentada em 1910, estudo minucioso intitulado *Da Flora Medicinal do Rio Grande do Sul*, caracterizando as plantas, apontando suas diversidades, origens e usos (D'Avila, 1910). Há menções ao uso de plantas com propriedades curativas também por pais-de-santo, usadas como remédio nos batuques de Porto Alegre (Laytano, 1955). Estudos mais recentes remetem à origem da utilização das plantas medicinais aos diversos grupos indígenas que habitavam a região, mas haveria algumas trazidas pelos europeus, como camomila, melissa, malva, funcho; outras de origem africana, e algumas ervas provenientes de países sul-americanos, como o boldo (Simões, 1995).

Estudos antropológicos mais recentes, realizados na periferia de Porto Alegre, mostram a importância dos chás, ainda hoje, na medicina caseira, usados com a finalidade de aliviar dores e outros sintomas ou curar determinadas doenças. No início do século, as plantas eram admiradas, tidas como um bem e depositárias de afeto e esperança. Nesse campo, as mulheres exerceriam um papel fundamental em relação aos cuidados com a saúde, tanto na família como na vizinhança, surgindo como as figuras mais atuantes (Giacomazzi, 1995). Isso pode ser remetido à situação das comunidades mais carentes, no início do século XX, em que haveria um espaço de atuação tipicamente feminino, principalmente vinculado às curas.

Outra prática comum entre a população eram as benzeduras e simpatias, realizadas pelos membros da família ou amigos. As descrições dessas simpatias visavam a desqualificá-las como parte do campo em que predominaria a ignorância, considerando-as "uma reunião incoerente de palavras, sem nexo e sem sentido, tendo por fim curar enfermidades ou remover certos obstáculos" (Puente, 1890). Contudo, as benzeduras estendiam-se a tudo e a todos, sem exceção, havendo reações de contrariedade da população quando diziam que não eram eficazes. Havia para reumatismo, 'ramos de ar', dores de cabeça, de dentes, de garganta, sapinhos, assim como para achar objetos perdidos, fazer os cabelos crescerem, fazer nascer dentes bonitos nas crianças e atrair amantes, entre outras.

Apesar de serem consideradas fruto da 'ignorância', as benzeduras também tinham seus adeptos entre os cronistas dos jornais. Alguns deles diziam que, para certas doenças, uma hábil benzedura seria o suficiente:

> Eu estou com a gente do outro tempo. Para certas doenças, não se quer ciência de doutores nem mixórdias de botica. Uma hábil benzedura – é o suficiente... E nada mais. Um raminho de arruda colhido na sexra(sic)-feira ou alecrim molhado em água benta, com meia dúzia de palavras santas – é o melhor. O melhor e o mais econômico – não custa dinheiro e só pode trazer benéficos resultados. Dizem muitos que os negócios com a intervenção do sobrenatural, são crendices absurdas que a civilização e o progresso não admitem mais. Ora o progresso tem feito sair muita coisa direita e dado entrada a muita coisa torta. (...) Morria menos gente... e mais barato, menos porque não tinha aparecido a praga dos médicos. Boticas... era uma só, e essa mesmo, o boticário lastimava-se que a terapêutica e as tisanas não davam para o rapé. As 'adenites, cistites, linfatites, enterites' e mais palavras em 'ite', vieram com a chegada dos diplomados e com a enxurrada das farmácias novas e de luxo.[17]

Esse cronista acreditava que teria havido um tempo melhor, onde morreria menos gente, quando não havia aparecido a 'praga' dos médicos, que teriam trazido as doenças com 'ite' e uma enxurrada de novas farmácias, que encareciam o tratamento de problemas de saúde, que antes seriam resolvidos com fórmulas bastante conhecidas. Ele assegurava que os "leicenços, a erisipela, as caxumbas, o cobreiro, as cataporas, o quebranto... [eram] enfermidades que se curavam com seringa e água morna, sebo de tutano, ungüento de Genoveva e outras aplicações inofensivas". Caso isso não resolvesse, o curandeiro aplicava a "vassoura intestinal", que era óleo de rícino e ervas que nasciam nos quintais, como a tanchagem, a malva, o funcho, o sabugueiro e as palavras milagrosas de eficácia sempre certa. Outros objetos eram considerados igualmente eficazes: os breves, as figas e as imagens de santos.[18]

Outros práticos de cura eram considerados 'feiticeiros', como o tio Pedro.[19] Era um negro africano, que possuía uma casa onde funcionava uma sociedade secreta, religiosa, à qual estavam filiados muitos indivíduos, inclusive pessoas importantes da cidade de Porto Alegre e de todo o estado. Os filiados pagavam uma jóia de 40 mil réis para serem admitidos,[20] o que proporcionou uma certa 'fortuna' a tio Pedro: foi encontrada uma caderneta da Caixa Econômica em seu poder, com mais de um conto de réis. Era

sempre descrito como um homem muito bem trajado, bem proporcionado de corpo, olhar esperto, crânio pontiagudo, que usava uma barbicha no queixo e falava corretamente o português.

Foi preso em 1895, suspeito de ser responsável pelas mortes 'rápidas' de três filhos de um 'corretor de câmbios', aparentemente a acusação mais grave que recebeu. Em sua casa foi encontrada uma imagem do Senhor dos Passos, na sala de entrada, havendo junto uma bandeja para as oferendas. Num quarto contíguo, peças atadas em séries de nós cegos, "bugigangas, objetos de cabala, atravancavam a sala das operações secretas" (*Gazeta da Tarde*, 11 maio 1895:2). Possuía um arquivo de seus clientes, com cartas e bilhetes, alguns assinados, que os repórteres divulgaram. Os pedidos eram de trabalhos por bênçãos, para conseguirem emprego, afetos, maridos, 'desaparecer um peso', remédios, filtros amorosos etc. O jornal entendia que ele era responsável pelo desaparecimento e morte de pessoas, considerando-o muito "eficiente" na prática de feitiços. A polícia recebeu denúncias anônimas, segundo o jornal, de pessoas que pretendiam não ter seus nomes envolvidos. O jornal concluiu a série de reportagens dizendo que eram forçados a silenciar sobre o caso porque o delegado resolveu seguir "em segredo da justiça", o que reforça a impressão de que em seus domínios circulavam personagens importantes da sociedade local. Não foram encontradas outras referências ao caso. Como havia apenas suspeita, provavelmente não houve processo, pois não havia nada na legislação estadual que justificasse a manutenção da prisão. É provável que fosse uma casa de 'batuque', que deve ter se regularizado mais tarde. O caso do tio Pedro indica a forte crença nos curandeiros por todos os setores sociais, como ocorreu também em outras regiões do país.[21]

Todos os jornais são unânimes em condenar práticas diferenciadas de "tratamento", especialmente essas ditas como "superstição" e quando envolviam aqueles que viviam nas "primeiras camadas da sociedade", esquecendo seus "deveres", envolvendo-se nos sortilégios de "um negro boçal, em fundos de espelunca" (*Gazeta da Tarde*, 16 maio 1895:1). O jornal *Gazeta da Tarde*, que publicou a notícia sobre tio Pedro, realizava uma campanha pelo 'saneamento moral' da cidade, na qual predominavam denúncias sobre os problemas que atingiam a população e a explicitação do que consideravam o papel da imprensa, que era contribuir para a educação, informação e formação moral da população, por meio da divulgação de modelos de boa conduta e da crítica impiedosa das transgressões às

normas de 'bem viver'. Era um jornal republicano, identificado com o pensamento 'civilizador' da época (Mauch, 1992).[22] Nesse contexto, insere-se a crítica aos curandeiros, que não faziam parte desse ideal de civilização. Apesar das especificidades de cada jornal, os que foram consultados criticavam práticas de curandeiros, insistindo na necessidade da adoção das medidas 'científicas', incitando os responsáveis a que estabelecessem socorros médicos à pobreza para que não ficassem à mercê de remédios caseiros, da bondade divina, ou de curadores, que exerceriam lamentável influência (*Gazetinha*, 10 e 13 maio, 1898).

A crítica a um outro curandeiro, tio Firmiano, que curava com chás e ungüentos, é bastante incisiva. A imprensa desqualificava suas atividades e as pessoas que a ele recorriam, que deveriam ser apontados um a um, "para advertência dos incautos e para exemplo dos imprudentes ou desarrazoados, que formam a grande massa da sociedade e sem o amparo das quais nunca os lábios dos curandeiros teriam logrado se abrir".[23] Segundo o jornal, a quase totalidade dos consulentes o procurava por "comoções morais", para saber onde o marido andou, porque voltava tarde, e outras consultas semelhantes, o que era considerando uma crendice "estúpida e boçal".

Apesar disso, um dos casos que o jornal noticia é de um homem que possuía um ferimento na perna, de 'mau caráter'. O vizinho do doente era médico licenciado e o teria aconselhado a procurar tio Firmiano, evidenciando a existência de uma rede hierárquica entre os vários práticos, havendo casos que os médicos enviavam aos 'curandeiros'. Tio Firmiano preparou-lhe cinco garrafas de um líquido para beber, mas ele não melhorou. Foram-lhe aplicados curativos externos, uma porção de carne de boi crua preparada, esfregada por todo o corpo, acompanhado de movimento das mãos e uma espécie de reza, o que também não surtiu efeito. Por último, aplicou-lhe cal e 'ervas causticantes'. O paciente abandonou o tratamento devido às dores. Sua mulher foi quem fez a denúncia ao jornal, mas quando foi procurada para dar entrevista já estava arrependida. Outros casos descritos são de doenças físicas, não 'morais', como o jornal procurava enfatizar. Tio Firmiano era negro, havia sido carroceiro da limpeza pública e cangueiro. Tinha uma casa de 'trabalhos', contra a qual alguns vizinhos apresentavam queixa à polícia porque Firmiano, armado, ameaçava-os de morte. Devido a essas queixas, o jornal considerava que ele devia "estar sofrendo das faculdades mentais" ,[24] recorrendo às explicações científicas

que a medicina alienista lhes fornecia e que reforçava a condenação das práticas do curandeiro.

Os exemplos citados permitem identificar a forma pela qual a imprensa denunciava os curandeiros ou suas práticas. O jornal *A Noite* empreendia uma verdadeira campanha contra eles (*A Noite*, 14, 17, 25, 27 abr. e 9, 11, 12 maio 1914), havendo caso de pelo menos um processo aberto devido à denúncia do jornal.[25] A *Gazeta do Commercio* fazia, sistematicamente, campanha contra a 'imperícia' desses profissionais, denunciando parteiras, cartomantes, benzedores, curandeiros etc.[26] Porém, os jornais não expressavam, necessariamente, as preocupações da população, que, afinal, procurava essas práticas – caso contrário, as denúncias não seriam tão freqüentes. É importante que interpretemos essas denúncias e críticas como a opinião de intelectuais ou de setores ligados aos próprios médicos formados. Expressavam um grupo social que tinha maiores possibilidades de acesso ao saber formal e tinham uma visão sobre a 'civilização', estado ideal que devia ser atingido e do qual curandeiros não faziam parte. Aliás, para esse grupo, a população que se utilizava dos seus serviços devia ser educada e regenerada por meio da denúncia para evitar que outros seguissem o mesmo caminho.

Uma citação de Cesare Lombroso, publicada pelo jornal *Gazeta do Commercio*, ilustra bem a forma como consideravam os curandeiros e seus usuários:

> O charlatão recruta clientela entre os doentes de imaginação, gente de bons haveres, desocupada, de jeito um pouco melancólico e que, por não terem em que pensar, cuida em estar doente. O médico consciencioso examina, se não tem nada, declara, o enfermo julga-o ignorante. O charlatão escuta com atenção, finge achá-la muito séria e explica largamente como há de curá-lo, ganha-lhe amizade e consideração. O que o cura é a auto-sugestão, a persuasão de que vai ficar bom. (*Gazeta do Commercio*, 11 ago. 1905:2)

O curandeiro é, assim, considerado um mero espertalhão, que abusa de pessoas ignorantes que apresentariam características adequadas para serem exploradas. Seu trabalho seria apenas agradar e convencer o paciente, que, em geral, não apresentaria doença nenhuma. Ao mesmo tempo, o jornal parece considerar que apenas os mais favorecidos pela vida buscariam esses práticos, já que os descreve como gente que não "tem o que fazer" e porque poderiam "pagá-los" generosamente. O mais importante seria

"civilizar" principalmente os "mais favorecidos", pois são eles que assegurariam o ideal de "civilização" apregoado, já que os "desfavorecidos" não compunham esse ideal. De qualquer forma, aos jornais caberia denunciar e alertar, para não deixar "propagar-se o mal".

Essa visão repressora e moralizadora representa um dos problemas das fontes a que temos acesso sobre as práticas populares de tratamento e de cura. Há um forte conteúdo pejorativo em tudo que a elas se refere. Possivelmente, as dificuldades que a historiografia sobre a medicina teve em desvendar significados e relativizar seu impacto no Brasil, e não só aqui, foi repetir o discurso da documentação, entendendo-o como expressão da própria realidade. Daí a idéia generalizada de que a sociedade tenha se 'medicalizado' no século XIX: era disso, afinal, que as versões médicas e letradas pretendiam convencer seus leitores. Porém, na prática dos curandeiros e na vida dos que usavam seus serviços, não houve uma rápida transformação. Até o final da década de 1920, apesar das novidades pasteurianas e das tentativas de condenação das 'superstições' pelos médicos diplomados, ainda havia uma forte procura por curandeiros, espíritas e práticos de medicina. As práticas populares de cura permaneceram vivas e intensas, compartilhando o prestígio do espaço terapêutico e medicalizado das clínicas e hospitais de médicos-doutores.

Mulheres e Parteiras

A existência de espaços e práticas de cura 'alternativos' manifesta-se com maior intensidade no atendimento às 'moléstias de senhoras'. As mulheres eram atendidas em casa ou nas casas das parteiras e, mesmo quando atendidas por médicos, ainda não havia conhecimento suficiente sobre técnicas obstétricas como cesariana ou o funcionamento do corpo feminino. Só eram convocados médicos formados por parturientes de posses ou para os partos complicados, não resolvidos pelas parteiras e comadres (Santos Filho, 1991). Um exemplo, entre muitos, é o de uma parturiente atendida por três médicos e um farmacêutico na cidade de Não-me-Toque, no interior do Rio Grande do Sul, em 1910. Os que a atendiam não conseguiram tirar a criança nem com fórceps, resolvendo operá-la com um formão e uma serra de açougueiro, serrando-lhe o osso da bacia.[27] A pessoa que enviou a notícia para o jornal *O Exemplo*, pelo qual ficamos sabendo da cirurgia, comentava:

> Haverá operação mais cruel? Quantas dores sofreu a pobre parturiente, agüentando tamanha barbaridade e tanta desumanidade do parto de seus algozes? Depois de serrarem o osso da bacia, abriram à força para dar passagem livre ao feto que nasceu com vida; porém a infeliz senhora, 24 horas após a bárbara operação, exalava seu último alento, no meio das mais cruciantes dores e hemorragias, que eles não conseguiram aplacar quanto mais estancar. Foi nessas condições que morreu uma distinta senhora na flor da idade, acabando seus dias nas mãos de homens que não eram ignorantes, nem precisaram se acobertar com a lei da liberdade profissional.(*O Exemplo*, 10 abr. 1910:1)

Como o trecho indica, os médicos ainda utilizavam amplamente procedimentos dolorosos e violentos, em 1910: havia desconhecimento sobre onde e como cortar, sobre a questão da dor, problemas com hemorragias e como suturar, infecções etc. Essas dificuldades justificaram que os médicos tentassem não se envolver com a 'arte obstétrica' por um longo período. Durante o século XIX, o 'progresso' médico era a realização da cesariana com extirpação total do útero, e a regra era a morte em caso de partos difíceis (Thorwald, s.d.).[28]

Entre o pudor e a imperícia, as mulheres e seus problemas de saúde foram relegados a um espaço próprio, no qual os médicos custaram a se envolver. As parteiras aprendiam pela prática, provavelmente no contato com outras parteiras mais velhas, que guardavam conhecimentos do funcionamento do corpo feminino que não eram comuns. As parteiras compartilhavam das vidas das mulheres que tratavam, resolvendo seus 'incômodos', guardando seus segredos e mantendo suas amizades. Eram mulheres que exerciam os mesmos papéis cotidianos que as demais, mas também podiam dar o socorro no caso de alguma doença e, principalmente, ajudavam mulheres a 'dar à luz'. Tinham uma profunda inserção no quotidiano do espaço doméstico, incluindo as crianças, os vizinhos, os parentes, num universo governado pelos valores femininos. Nesse universo, as parteiras concentrariam uma maior autoridade, devido ao seu saber.[29] Como sugeriu Michelle Perrot, antes de serem as auxiliares reverentes, ansiosas e sempre culpabilizadas dos médicos, as mulheres do povo foram suas principais rivais e continuadoras de uma medicina popular, empregando os recursos de uma farmacopéia multissecular (Perrot, 1988). As parteiras cumpriram exatamente esse papel, resguardando um espaço só há pouco tempo ocupado pela medicina hospitalar.

Os "incômodos no útero" tratados pelas parteiras podiam significar as mais diversas doenças venéreas, inflamações sem diagnóstico preciso

(do útero, do ovário etc.), tratadas com lavagens de água fervida e líquidos "perfumosos", tampões de tecido introduzidos no útero (curativos), "sublimados corrosivos" etc. Mas o maior "incômodo" era gravidez não desejada. Várias parteiras faziam esse "serviço", assim como alguns "médicos" especialistas que "evita(m) a gravidez sem operação e sem dor nos casos indicados".[30] Podiam ser mulheres casadas que já tinham filhos e não desejavam outros, pelo menos naquele momento, ou moças solteiras que precisavam esconder 'sua vergonha'. Esse universo, envolvendo a moral e o pudor feminino, exigia uma abordagem que só as próprias mulheres pareciam poder fazer. As parteiras compartilhavam uma intimidade com as dificuldades femininas, sendo companheiras e confidentes, mais aceitas que os médicos no atendimento de seus problemas.

A história de Emma Martha Putz Kristmann oferece algumas nuanças sobre os significados das 'doenças de mulheres'. Emma queixava-se de 'incômodo no útero' desde o nascimento do seu primeiro filho, apresentando um corrimento. Apesar de ter condições financeiras para tanto, não quis tratar-se com um médico por sentir-se acanhada. Sua sogra, então, pediu que a parteira Carolina Bruckhoff, de nacionalidade alemã como a família de Emma, se encarregasse do atendimento. A parteira começou a tratá-la de metrite ou flores-brancas com lavagens de água fervida e curativos. Após seis semanas, ela afirmou que Emma estava grávida. A conselho de uma vizinha, sua sogra chamou Carlos de Lester, conhecido porque anunciava nos jornais e em panfletos que tratava de 'moléstias de senhoras'. Ele se dizia diplomado pela Universidade de Montpellier, mas não o comprovou durante o processo. As versões das testemunhas, vizinhos e parentes da família de Emma não confirmam o aborto, alegando que ela estava com problemas no útero e precisava de uma raspagem para evitar risco de sua vida. Lester tratou Emma no quarto de sua casa, pela manhã, tendo sido acertado o tratamento antes, mediante parte do pagamento antecipado. Após uma 'lavagem vaginal', Emma faleceu. Lester procurou acusar a parteira que a atendia antes, dizendo que retirou "bolas de trapos pretos, malcheirosos, presos por uma linha", que saíam pela sua vagina. Lester teve prisão preventiva, sendo condenado em primeira instância por prática de aborto. Tendo ido a júri, foi absolvido.[31]

O processo evidencia as práticas a que as mulheres estavam entregues e as diversas redes de solidariedade e convivência com vizinhos e parentes nas tentativas de tratamento, confirmando um amplo quadro de relações daquele grupo, que, inclusive, resolvia questões 'íntimas' como o

tratamento de uma doença venérea ou a realização de um aborto. O que transparece, pelo depoimento das testemunhas que participavam da vida familiar de Emma, é que o aborto não era algo incomum. Todos parecem depor afirmando a necessidade de uma intervenção para salvar a vida da paciente e inocentando o envolvimento dos familiares. É pouco clara a *causa mortis* de Emma no exame de necropsia ("reflexo inibitório por excitação do útero"), mas este afirma claramente que houve tentativa de aborto, apesar de os médicos terem sido consultados diversas vezes para esclarecer seu parecer. O jornal *Última Hora* acusou Carlos de Lester de charlatanismo, alegando que ele não teria ultrapassado o 5º ano de medicina, e da tentativa de várias falcatruas em Porto Alegre e Uruguaiana, dedicando-se a pegar jóias em casas especializadas e a não pagar. Sua última trapaça teria sido passar-se por médico em Montenegro, Santa Maria e Ijuí, mudando-se após cada escândalo.[32] Nesse caso, o aborto parece não ter sido responsabilidade da parteira, mas de uma pessoa estranha à família que realizava essa atividade. Pelos dados apresentados pelo jornal, Carlos de Lester dedicava-se ao exercício de várias profissões para viver, sendo uma delas a medicina ginecológica. Provavelmente, hoje o chamaríamos de um 'curioso' que faz abortos.

Dificuldades maiores de mulheres solteiras podem ser exemplificadas pelo caso de Marta Hangel, que tinha 26 anos e trabalhava como serviçal. Marta foi 'deflorada' por Adalberto Silva, empregado da Hidráulica Guaibense, em 1917, e ficou grávida. Fez um aborto, a conselho de uma amiga e com o consentimento de Adalberto, com a parteira e 'doutora' Thomazia Gallanti, espanhola, em 1918, com uma 'injeção no útero'. O feto tinha uns três meses e foi enterrado num vaso de flores. Em janeiro e em novembro de 1920, fez novos abortos, nas mesmas condições. No último, houve complicações, e a expulsão do feto só ocorreu dia 8 de janeiro de 1921, já com quatro meses, tendo sido encontrado no poço da residência onde trabalhava. Sob suspeita, Marta confessou na delegacia. A parteira relatou tratamento para flores-brancas, procurando eximir-se da responsabilidade. Adalberto disse que Marta o procurava insistentemente e que ele a recusava, julgando ser este o motivo de tê-lo envolvido no caso, principalmente após ele ter casado com outra. A parteira foi absolvida por insuficiência de provas, pois Marta fugiu e nem seu patrão compareceu aos depoimentos a que foi requisitado.[33] Tudo indica que Marta recebeu alguma ajuda de seus empregadores para o 'sumiço', deixando o processo

inconcluso. Assim como no caso de Emma Kristmann, a prática de aborto parece ser comum, e em torno dela estabelecia-se uma rede de silêncios.

Outros processos ou denúncias em jornais revelam que as mulheres procuravam as parteiras para o tratamento de suas dificuldades como a melhor alternativa existente,[34] inclusive sendo o título de parteira usado para obter confiança das pessoas em torno de outras questões. Foi o caso de Laura Gilardini Puzzuoli, que chegou a Porto Alegre anunciando-se como parteira, em 1904, mas deu um grande desfalque em muitos figurões da cidade, obtendo dinheiro em troca de garantia de que tirariam a sorte grande em prêmios de alto valor. Dizia-se pertencer à Sociedade do Bom Pastor, e possuir poderes sobrenaturais com os quais receberia informações sobre os prêmios, além de boas relações com o bispo, a quem entregaria o dinheiro arrecadado. Em agosto de 1905, fugiu da cidade de navio, sob outro nome, nunca mais sendo encontrada.[35] Uma vigarista de tal envergadura conhecia bem as regras e os símbolos de confiabilidade e respeitabilidade de que lançou mão para construir sua imagem. Assim, o fato de que se tenha apresentado como parteira revela o bom conceito de que gozava esta categoria feminina.

Foram ainda usados como símbolos para a obtenção da confiança da população, além do título de parteira, a informação de que tinha poderes mágicos e que se vinculava ao catolicismo. Por que esses elementos atuavam como símbolos de confiabilidade para a população? Ser 'parteira', como vimos, significava ser portadora de um conhecimento especial, próximo e freqüentemente vinculado à magia. Não havia uma distinção clara entre os domínios da religião e os da magia.

A religião católica, que se espalhou pelo Rio Grande do Sul no final do século XIX, foi o principal elo estabelecido entre os imigrantes que se instalaram no Estado. O catolicismo fornecia-lhes os subsídios indispensáveis para reiniciarem, individual e coletivamente, a existência de estrangeiros carentes numa terra estranha, especialmente para os imigrantes italianos e poloneses, que tinham forte presença no Estado. Ele servia como sistema de referência, mas não como dogma, pois os vilarejos do interior não dispunham de assistência religiosa, nem de uma organização hierárquica católica eficiente (Boni, 1982). Nesse contexto, o catolicismo popular representava mais uma prática do que uma crença, mais um conjunto de modalidades de comportamento do que convicções. Seus ritos constituíam um acompanhamento fundamental para os acontecimentos

de suas vidas. Eram procedimentos que organizavam a vida cotidiana, como aconteceu em muitos centros europeus (Thomas, 1991). Assim como ocorreu com o espiritismo kardecista, as possibilidades de articulação de elementos mágicos, sobrenaturais, sem recusar elementos da perspectiva cristã, com a oferta de alguma ajuda (pela caridade, cura ou possibilidade de conseguir 'fortuna') eram significativas e exerciam forte atração no início do século.

Várias condições favoreceram as opções adotadas: raros hospitais; quase ignorância dos poucos médicos diplomados em várias áreas, o que nem permitia que se distinguissem de forma clara dos demais práticos; precário atendimento nas residências ou nas 'boticas'; absoluta falta de recursos para busca de médicos e remédios. A população se aproximou de um universo que era seu conhecido, confiável e amparado na tradição, que oferecia resposta às suas angústias, que era mais próximo de suas práticas e, enfim, que oferecia alguma esperança. Num universo de inviabilidades e precariedades, basearam-se nas alternativas que ofereciam um discurso compreensível e apontassem para soluções quase 'milagrosas'. Diante das inúmeras impossibilidades, o milagroso era a resposta, aliás, aparentemente, a única, quando não viam outra saída.

"...uma cidade do outro mundo..."

Assim foi chamada Porto Alegre, em 1914, numa campanha desenvolvida pelo jornal *A Noite*: "Está aí disseminado por todos os âmbitos da cidade, desde o centro aos arrebaldes, sem o – recato. Quem observasse com olhos maliciosos, diria que Porto Alegre é uma cidade do outro mundo, tal a afluência dos espíritos que descem a conversar com os viventes que nela moram".[36]

Haveria "videntes, escreventes, conscientes, inconscientes", de todos os jeitos, até os que conversam com os espíritos a "livre ambiente", "recitando nas esquinas o que os doentes devem tomar em casa".[37] A procura por opções mágicas e religiosas foi muito constante no Rio Grande do Sul, assim como deve ter ocorrido em outras regiões no Brasil. É considerado muito difícil encontrar fontes a respeito dessas opções (desculpa usada para justificar o silêncio historiográfico sobre o tema); contudo, ao menos no caso do Rio Grande do Sul, foi possível encontrar um rico acervo documental sobre diversas dessas perspectivas. A presença desses agentes de cura e

a aceitação de suas práticas percorreu um longo período de história da cidade, mantendo-se, evidentemente, como um campo mais atraente que a medicina institucional.

Particularmente instigante é a quantidade de referências encontradas nos jornais de Porto Alegre, no ano de 1925, sobre a visita de um médium. Pelos relatos dos jornais, os meses de setembro e outubro de 1925 foram bastante agitados. Em pleno auge da luta pela exclusividade de medicina científica, o médium Mozart Teixeira da Costa visitou o estado a convite da Federação Espírita do Rio Grande do Sul. Foi efusivamente recebido nas cidades de Pelotas e Porto Alegre. Compareceram 3.000 pessoas à sua recepção, na capital do estado, numa grandiosa cerimônia com discursos, banda e passeata. No período em que esteve na cidade, atendeu por volta de 11.000 pessoas, 500 por dia, três vezes por semana, chegando a tratar, em alguns dias, 2.500 pessoas, numa cidade que possuía por volta de 200.000 habitantes na época – algo em torno de 6% da população (Departamento Estadual de Estatística, 1940). Para se ter uma dimensão comparativa da quantidade de pessoas atendidas, a Santa Casa de Misericórdia teve 7.060 novos pacientes internados durante todo o ano de 1925.[38] As páginas dos periódicos estiveram repletas de notícias sobre a visita e proliferaram conjecturas a respeito das atividades realizadas pelo médium. Mesmo os mais céticos comentaram sua presença, como ocorreu com o cronista da coluna denominada 'A Cidade' no jornal *Gazeta de Notícias*, que se manifestou após ter sido cobrado por seus leitores:

> Não são centenas, mas milhares e milhares de pessoas cujos sofrimentos e deformidades físicas se mostram em pleno dia, enchendo a cidade de doentes de toda a espécie, como se Porto Alegre fosse um enorme hospital, onde se agita uma multidão fantástica de defeituosos de toda espécie, desde o entrevado, o infeliz paralítico, para o qual se têm mostrado impotentes todas as grandes conquistas da ciência, até as macrocefalias e loucuras incuráveis. No espaço de uma semana, mostrou-se a cidade, principalmente nos pontos de sessão daquele médium, uma onda calculada em mais de 10.000 enfermos, todos levando na alma a esperança de cura, todos procurando o alívio para as terríveis chagas do corpo.[39]

A coluna referia-se ao espanto da cidade diante de um quadro de horror, presenciado quando da visita de Mozart da Costa, propiciado pela quantidade e variedade de doentes, em desfile, que procuravam seu aten-

dimento. Um quadro que, segundo seu autor, vivia escondido, dando a impressão de uma imensa miséria física e moral, de sofrimentos e padecimentos inenarráveis.

Mas afinal, quem era este homem que provocou tamanho rebuliço e fez aflorar um quadro de misérias tão grande? Mozart da Costa nasceu em Minas Gerais, de onde era sua família. Realizou viagens por várias partes do mundo, tendo permanecido, em aprendizagem, na Índia por oito anos, onde teria sido iniciado em templos hindus. Voltou ao Brasil por Buenos Aires, tendo trabalhado numa estância no interior do Rio Grande do Sul. Retornou depois a Minas Gerais, onde passou a exercer o poder de cura quando foi autorizado pelos seus 'mestres'. Ele afirmava ser um médium iniciado no ocultismo e era também maçom, de grau 33. Foi vítima de repressão no Rio de Janeiro e em Minas Gerais. Foi preso, respondeu a processo e chegou a ser internado num hospício, mas sempre conseguiu a liberdade por interferência de confrades espíritas, que ora se encarregavam de sua defesa, ora cumpriram a pena por ele, ficando alguém na prisão no lugar do médium.[40]

Mozart dizia ter feito milhares de curas. Afirmava que elas ocorriam de acordo com a vontade de Deus e a fé do enfermo. Dizia-se auxiliado por 'espíritos de luz'. Dentre eles, nomes bastante conhecidos nos centros espíritas, como os de Chapot-Prevost, Dias da Cruz (nome de uma das sociedades espíritas em que foi recebido) e de Bezerra de Menezes, que o ajudava em caso de operação, realizada espiritualmente. Na sua estada em Porto Alegre, Mozart atendeu cegos, paralíticos, epiléticos, leprosos, pessoas com feridas. Não cobrava nada, e a União Espírita passou a fornecer os remédios após a primeira semana de atendimento, porque os populares tinham dificuldade em adquirir os remédios receitados, devido à exploração dos preços no mercado.

Suas curas eram tidas como milagrosas. A imprensa descreve vários exemplos em pacientes considerados inválidos. Um deles procurou o jornal *Diário de Notícias* para contar a sua recuperação. Seu nome era Honorio Rosa Damasceno, branco, 30 anos, casado, residente nas minas de São Jerônimo. Contou que desde 1923 encontrava-se doente de reumatismo sifilítico. Dizia-se completamente entrevado, andando com muletas e possuindo movimento apenas no braço esquerdo. Não tendo obtido melhoras com nenhum tratamento aos quais havia se submetido, resolveu dirigir-se à capital para consultar Mozart. Como houvesse muita

aglomeração no prédio da Sociedade Espírita, onde o médium estava atendendo, resolveu esperá-lo na porta do hotel. Dizia ter esperado muito tempo, até que Mozart chegou. Eis a descrição do encontro:

> Vendo-o, Mozart perguntou-lhe o que fazia ali. Respondera que estava doente, entrevado, e que fora procurá-lo para curar-se. O 'médium' acercou-se, então, dele, fitou-o, fez-lhe algumas perguntas e, depois, ordenou-lhe que abandonasse as muletas e caminhasse. Relutou em obedecer, receoso de cair, mas, a uma repetição da ordem, deixou as muletas e deu alguns passos. Determinou-lhe o 'médium' que subisse a escada e, já então confiante, fez isso com todo o desembaraço e chorando de comoção e agradecimento. Mozart disse-lhe que precisava ainda de tratamento e deu-lhe uma receita. Dali, dirigiu-se a pé para o centro da cidade, com as muletas embaixo do braço, indo às redações dos jornais. Terminou Honorio dizendo que sentia apenas nas pernas uma certa dormência e no pé direito alguma dor, o que atribuía à grande caminhada que dera depois de estar tanto tempo entrevado, sem poder andar.[41]

Mozart procurou explicar a atividade que realizava nas entrevistas que deu aos jornais locais. Suas falas aparentam humildade, dizendo não pretender afrontar outras religiões, nem os médicos:

> Os médicos guerreiam-me sem razão. Eu não faço milagres. Tenho apenas fé no Criador. Nada mais. E se é certo que não posso curar todos os casos, garanto curar muitos outros que eles julgam incuráveis. Não é um desafio que lhes faço. É uma garantia que lhes dou da minha 'mediunidade'. Quem duvidar, que apareça para verificar.[42]

Afirmava constantemente estar aberto a todos os testes. Acadêmicos da Faculdade de Medicina compareceram à sociedade, onde o médium atendia, e este pediu-lhes que lhe apresentassem 50 paralíticos, em tratamento na Santa Casa, para atendê-los em sessão reservada aos estudantes. Esse convite podia ser um ato de desafio entre crenças opostas, mas, aparentemente, esses estudantes de medicina não teriam nenhum preconceito sobre assistir às curas realizadas e explicadas pelo médium. O médium também não tinha nenhum constrangimento em ser 'analisado' pelos defensores da ciência. Havia uma maior maleabilidade sobre os procedimentos de cura tanto entre os espíritas como entre os médicos formados na década de 1920. A condenação dos procedimentos espíritas como superstição foi consolidada mais tarde.

Mozart da Costa revelava tranqüilidade quanto a sua 'missão': "sou 'médium'; não sou porque queira ser nem está na minha vontade deixar de o ser. 'Médium', sabeis bem, é todo ser humano dotado de faculdades especiais, capaz de receber as inspirações de outros espíritos desencarnados".[43]

Dizia que realizava o que a outros alegrava e satisfazia, não se orgulhando da faculdade que possuía, mas agradecendo por tê-la recebido, já que era um desígnio divino, contra o qual não podia se rebelar. Afirmava que cada um teria a sua missão, suas provações, torturas morais e padecimentos físicos, que seriam vontade divina. Rebelar-se significaria rebelar-se contra Deus. A fé, muitas vezes, por si só, representaria a cura. As pessoas precisariam ter "paciência, resignação, desejo e vontade", não podendo se entregar à dor. Sua missão não seria realizar milagres, mas aliviar os males dos sofredores e crentes.[44]

Num inquérito que o jornal *Diário de Notícias* abriu para elucidar o 'caso Mozart', foi ouvido um espírita para explicar as curas que o médium realizava. Dizia haver uma força natural de reação que todo organismo despenderia para restabelecer qualquer mal e também uma faculdade que todo homem possuiria de transmitir a outro o fluido vital pela magnetização. A cura ocorreria quando houvesse uma ação estimulante do magnetismo, despertando as reações naturais do doente e também porque esse doente teria recebido fluidos curativos. O médium teria a propriedade de magnetizar. Magnetizar seria

> a ação pessoal, física ou fisiológica, do homem sobre o homem, [que] produz fenômenos insólitos no corpo humano, comparados aos que caracterizam o ima (sic) – fenômeno hipnótico ou magnético – [e] tem como causa o fluído vital ou nervoso ou magnético, que se transmite de uma pessoa para outra. Essa força é desenvolvida pelo exercício constante.[45]

Paulo Hecker, o espírita consultado, levava em conta as afirmações do próprio médium para fazer uma avaliação a seu respeito. Afirmava que as curas realizadas por Mozart ocorreriam por vontade divina, pelo ardente desejo de curar e pelo absoluto desinteresse, o que atrairia a assistência de espíritos guias que lhe emprestariam virtude e mérito para que pudesse realizar a 'Suprema Lei da Caridade'. Nesses casos, com elevação e concentração, tinha-se a impressão de que o médium operara um milagre, tal a evidência do alívio ou da cura. Contudo, sua explicação era:

> O milagre não existe, acontece que o doente chegara ao termo de sua provação, ou, hipótese muito comum, que o médium consegue, com auxílio do Guia, aquilo que está fora das possibilidades humanas e que a medicina ainda não quis investigar por temer encarar de frente a Verdade. Enquanto a arte de curar só visar o organismo, não se apercebendo da íntima ligação do espírito com a matéria, todas as terapêuticas serão mais ou menos empíricas, não atingirão o ideal, só se aproximarão.[46]

Explicava que o médium curador não dispensaria o médico, a ação da mediunidade não contradiria as leis que a ciência médica descobriu. A ação do médium poderia e deveria ser conciliada com a do clínico. Esse espírita considerava que Mozart possuía a faculdade curadora muito desenvolvida. Achava que Mozart era kardecista pelo desinteresse com que atendia sem cobrar, pois os médiuns dessa orientação teriam preocupação com a caridade. Segundo ele, outros médiuns da capital teriam afirmado que ele era assistido por um guia hindu. Considerava sua fé extraordinária devido à sua capacidade de trabalho quase sem dormir e mal alimentado.[47] Afirmava que médicos e padres esqueciam que os doentes que recorriam ao espiritismo eram aqueles já desenganados ou que não chamariam os médicos, uns por motivos íntimos de consciência e outros por falta de dinheiro para pagá-los, demonstrando que nem o interesse material dos médicos justificaria a perseguição aos espíritas. Também reiterava que a perseguição em nome da ciência não se justificava, porque vários cientistas verificaram, cientificamente, a perfeita e contínua comunicação dos espíritos mortos com pessoas encarnadas. A repressão ao espiritismo não o destruiria porque as medidas decretadas contra os médiuns não atingiam os espíritos, que procurariam outros médiuns – em suas palavras, estes existiriam em todos os lares.

Considerava, ainda, ilegal a repressão aos curadores porque a prática destes era religiosa, cujo objetivo era a caridade, exercida por um espírito através de uma pessoa em nome de Jesus, não cabendo ao intermediário aceitar recompensa alguma. Para o médium, isso representava um sacrifício, ocupando-lhe o tempo que precisaria para seu próprio sustento. Eles não anunciavam sua atividade, pois esse era um ato de caridade, apenas esperava que lhe pedissem, não lhes sendo necessário ver o enfermo para realizar a cura.[48]

Se podia rever o princípio da 'liberdade profissional', o Estado não podia intervir na prática da caridade nem contestar a sua possibilidade curativa porque, segundo a Constituição, o governo não teria competência

de intervir em matéria de crenças. A caridade diferenciava-os dos médicos, que exerciam uma profissão, anunciando-a e recebendo remuneração. Equiparou a prática do médium à do padre, que podia realizar gestos de bênçãos, dar a hóstia, enviar ramos aos enfermos, abençoar medalhas e frascos de água benta, da mesma forma que os médiuns davam passes, pastilhas homeopáticas, ervas medicinais, água fluidificada. Concluía, lançando mão dos preceitos positivistas que ainda faziam sentido no Estado, afirmando que deviam ser garantidos os mesmos direitos a todas as atividades de se manifestar e atuar.[49]

Segundo esses diversos argumentos, pode-se acompanhar a perspectiva defendida pelos apoiadores do espiritismo e sua técnica de cura: os pressupostos da existência de Deus, da imortalidade da alma, a crença na reencarnação e na pluralidade dos mundos habitados, incorporados com a prática das manifestações dos espíritos. A idéia de evolução é fundamental, extrapolada para o mundo espiritual, no qual os indivíduos deveriam passar por várias etapas até chegarem a ser 'espíritos de luz'. Apresentava-se como uma doutrina, que tentava conciliar o racionalismo com a crença na sobrevivência individual do espírito e em seu progresso infinito, procurando explicar os fenômenos espíritas de acordo com a ciência. De acordo com a idéia evolucionista por eles defendida, é compreensível a ênfase dada à caridade. As desigualdades sociais, inerentes ao mundo material imperfeito, eram aceitáveis porque necessárias ao progresso dos espíritos. Afirmavam não se contrapor aos médicos e outros 'cientistas': afinal, defendiam uma doutrina que também se dizia científica.

Esses elementos da doutrina foram formulados pelo francês Léon Hippolyte Dénizart Rivail, conhecido por Allan Kardec, publicados no *Livro dos Espíritos*, em 1853. Ele organizou o conjunto de crenças básicas do movimento espírita, formulado como ciência, filosofia e religião, que foi adotado no Brasil. O kardecismo teve extraordinária difusão por todo o país no final do século XIX e início do XX. As primeiras organizações espíritas surgiram na Bahia (1865 e 1874) e no Rio de Janeiro (1873), chegando à organização de uma Federação Espírita Brasileira, em 1884, e indicando uma tentativa de preservar a unidade doutrinária e o esforço de reunir, de modo institucional, a crescente população de fiéis dispersos (Camargo, 1973; Damazio, 1994; Giumbelli, 1997).

Allan Kardec codificou o espiritismo com bases 'científicas', diferenciando-se do 'espiritualismo' de até então. Foi uma perspectiva que

integrou os ideais científicos que estavam surgindo numa concepção filosófica e religiosa, coerentemente articulada. O próprio desenvolvimento científico é aceito como responsável pelas reelaborações doutrinárias, sujeitando-se mesmo a discussões e críticas. A codificação realizada por Kardec foi elaborada num momento histórico em que o pensamento filosófico e científico encontrava-se profundamente influenciado pelo racionalismo e pelo evolucionismo, incorporando possibilidades relacionadas a estes ideais. A explicação racional oferecida por essa doutrina facilitava a sua aceitação, principalmente a partir de uma minoria intelectual que buscava formas de articulação do religioso com o pensamento científico. No Brasil, especialmente, esses fatores foram fundamentais para sua aceitação, fazendo com que o aspecto religioso se tornasse preponderante, desenvolvendo a capacidade de apresentar uma interpretação coerente do mundo, explicando a posição dos indivíduos na estratificação social e orientando a conduta do dia-a-dia.[50]

Mozart Teixeira da Costa era um homem branco, muito bem recebido pelos demais membros da Sociedade Espírita do Rio Grande do Sul. O espiritismo no estado tinha grupos organizados desde 1891, quando ocorreu a fundação do Centro Espírita Rio Grandense, na cidade de Rio Grande. Em 1894, foi fundado o Grupo Espírita Allan Kardec, em Porto Alegre. Seus membros, junto com outras sociedades,[51] fundaram a Federação Espírita do Estado do Rio Grande do Sul, em 1921.[52]

O grande destaque da doutrina espírita, no Brasil e Rio Grande do Sul, é sua aceitação por imigrantes de prestígio econômico e cultural. Boa parte dos membros dos centros espíritas, no início do século, eram advogados, médicos, engenheiros ou militares (Damazio, 1994). Provavelmente, o destaque que essa doutrina assumiu em Porto Alegre, na década de 1920, deveu-se à participação de membros 'letrados' da sociedade rio-grandense. Os adeptos, que aparecem nos jornais como membros das sociedades espíritas ou como difusores da doutrina em Porto Alegre, também pertenciam aos mesmos grupos profissionais já citados.

Para esses membros, a teoria conjugava uma explicação racional com possibilidades de cura, oferecendo uma interpretação de mundo coerente, sem negar elementos do catolicismo, pois se inspiram nos Evangelhos e na ética cristã, considerando Cristo como a maior entidade encarnada. Não se encontrava, pois, comprometida com nenhuma alternativa de dessacralização implantada pela República nem exigiria uma conversão

dos seus adeptos. Propunha uma articulação de seus princípios para a vida cotidiana, baseada na caridade, e oferecia possibilidades de terapia gratuita, da qual seus adeptos foram eficientes propagadores durante a visita do médium Mozart. Num estado onde o autoritarismo positivista mantinha sua articulação, uma perspectiva religiosa que não tinha nenhum compromisso com eles conseguiu granjear simpatizantes até mesmo nas fileiras do Partido Republicano Riograndense (PRR). Principalmente, o sucesso dessa doutrina deve-se ao fato de ela ter articulado, coerentemente, a ciência com elementos mágicos, aproximando médicos formados, positivistas e doentes (de corpo e espírito) em geral. A explicação 'mágica' do mundo não deixou de integrar-se, adaptando-se a outras formas de conhecimento.

Além dessa aceitação da doutrina por uma elite, observou-se grande popularidade das práticas espíritas entre os grupos sociais mais carentes. Seu conteúdo doutrinário elaborado não auxiliava sua absorção pela massa de doentes pobres que procuraram Mozart no estado. Porém, o tratamento mediúnico oferecido facilitava a assimilação de certos aspectos do espiritismo pela religiosidade popular. Alguns dos seus preceitos eram muito semelhantes aos cultos populares de origem africana, como a possessão pelos espíritos. Essa semelhança foi um elemento fundamental para a popularidade da doutrina espírita. Ela se aproximava das práticas de cura brasileiras tradicionais, exercidas por intermédio de receitistas e curandeiros. Eram crenças populares arraigadas por várias gerações. A medicina mediúnica obteve sucesso num ambiente tradicionalmente impregnado pela crença em poderes psíquicos e/ou sobrenaturais de cura (Damazio, 1994). A busca pela cura foi um importante fator de crescimento do espiritismo na região.

Essa busca terapêutica também favoreceu o crescimento de outros centros de cura na capital do Rio Grande do Sul, como o Templo Nazareno, da Sociedade Nazareno Anjo Feliciano. O dirigente dessa sociedade foi entrevistado na sede do templo, em 1927, pelo jornal *Diário de Notícias*. Segundo o jornalista, era um templo espaçoso, com salas para festas, sessões e passes, de muito "boa aparência". A sociedade havia sido fundada, em 1901, pelo sr. Alfredo Silveira Dias, quando ele diz ter descoberto sua vocação após ter percorrido quase todas as religiões praticadas em Porto Alegre, chegando à conclusão de que nenhuma o satisfazia porque eram "eivadas de práticas materialistas que as desviavam dos Evangelhos". A última religião em que haveria militado fora o espiritismo, e a seita que ensinava seria, estritamente, baseada nas verdades enunciadas por Jesus

Cristo. Praticava curas com passes e remédios, cujo segredo só ele conhecia, sem cobrar, realizando "verdadeiros milagres", pois pessoas consideradas incuráveis lá encontravam lenitivo.

Pai Alfredo era um homem branco, de bom porte, que falava com clareza e usava óculos de tartaruga (o jornalista afirmava que "esperava encontrar um negro velho, mal suportando o peso dos anos, sobre um bastão, seu companheiro desde a África").[53] O jornal *A Noite* afirmava que ele reunia adeptos em sua residência e, com o aumento extraordinário do seu número, resolveu fundar a sociedade.[54] Alfredo Dias era bastante zeloso de sua imagem pública, e movia processos por calúnia contra jornais que comprometeriam sua "honra" e o exporiam "ao ódio e desprezo público".[55]

Além dos atendimentos na sociedade, pai Alfredo socorria pessoas em suas residências. Em 1914, por exemplo, foi chamado a atender uma pessoa que se dizia tomada por um espírito de seu irmão, pronunciando frases sem nexo, sendo "atormentado atrozmente". Conversando com o "espírito", pai Alfredo teria conseguido convencê-lo a abandonar o corpo em que estava e convidou o "obsedado" a assistir a uma sessão espírita como remédio para seu "mal". O "paciente" acompanhou pai Alfredo, mas sentiu-se mal e muito cansado ao longo do caminho. Chegou na sociedade abatido, mas sentou à mesa para assistir à sessão, no decorrer da qual faleceu. A morte só foi detectada quando a sessão terminou. O médico legista e a polícia concluíram que ele era cardíaco e havia falecido de "síncope respiratória" pelo abalo sofrido. Essa foi a versão apresentada pelo jornal *A Noite*, sem maiores comentários, no dia 14 de abril de 1914.[56]

A partir do dia 17 de abril, o jornal fez uma campanha contra as "explorações torpes exercidas por ignorantes, mas espertalhões, que não cansariam de ludibriar a boa fé e a crença populares".[57] Diziam que o baixo espiritismo, "não científico", a "crendice grosseira do vulgo" estava se espalhando por todos os cantos da cidade. "Não há arrabalde que não tenha duas ou três casas assombradas e outras tantas, onde se conversa, *tête-à-tête* com as almas do outro mundo". Confirma-se, nessa reclamação, o imenso prestígio dos médiuns 'curadores' do corpo e da alma no período. Citava casas onde apareciam entidades; homens que passavam receitas e tiravam espíritos, como José Valente e Alfredo Dias; que anunciavam preparados medicinais desconhecidos, como o Sufficit que curava todas as moléstias adquiridas e por adquirir; o dr. Menezes, fundador da Farmácia Africana, que anunciava um bálsamo extraído de espinhaço de cobra e tinha uma cobra viva que acalmava dores nevrálgicas e reumáticas

passando a língua do animal sobre as partes afetadas – além, claro, dos que tratavam de amores mal correspondidos, pouca fortuna, os que vendiam talismãs. O texto indica uma grande disseminação das diversas práticas em todos os grupos sociais, justamente o 'mal' que o jornal procurava combater. Na versão que passou a ser contada sobre a morte do rapaz cardíaco, esta era considerada como de responsabilidade de pai Alfredo, pois o rapaz teria sido levado contra a sua vontade e morrido por obra dele, ao pronunciar as primeiras palavras do 'ritual'; a própria polícia era criticada, pois teria deixado pai Alfredo em liberdade (*A Noite*, 27 e 28 abr., 1914).[58]

A 'curiosidade' pelas práticas 'supersticiosas' fica evidenciada quando elas são assistidas por 'autoridades ilustres' de Porto Alegre. Na mesma época da morte do rapaz cardíaco, a cidade recebeu a visita do ocultista A. de Sarak, 'conde Dás', que se dizia doutor em medicina, diretor da *Revista Oriental de Paris* e cônsul geral do México na Suíça. Apresentou uma palestra sobre ocultismo, fazendo experiências como adivinhar nomes, descrever casas dos presentes, adivinhar jogadas de gamão de olhos vendados, pintar um quadro em 12 minutos etc. A palestra contou com a presença de Borges de Medeiros, presidente do estado, Protásio Alves, médico partidário do governo republicano, dentre várias outras pessoas de renome. O jornal *A Noite* (9 e 14 maio1914) procurou levantar dúvidas a respeito do ocultista numa segunda oportunidade em que ele se 'apresentou', afirmando que ele usava truques para as suas experiências em público, que seriam perfeitamente explicáveis.

Entretanto, provavelmente havia mais do que mera curiosidade por parte de pessoas influentes do governo estadual. Tudo indica que tinham preocupação em proteger-se e em 'abrir os caminhos' do governo, como afirma a tradição oral dos praticantes do batuque. O próprio Borges de Medeiros teria como pai-de-santo o 'Príncipe', José Custódio de Almeida, figura legendária na memória dos integrantes do culto. Parece que José Custódio era um membro da família real de Ajudá, na atual República de Benin, de cultura jeje. Nascido em 1820, por injunções da dominação inglesa na região terminou vindo para o Brasil, já na casa dos 30 anos. Montou uma 'casa de religião' em Porto Alegre, vivendo de uma pensão do governo inglês. Possuía cavalos no Prado e convivia com a elite branca. Morreu em 1938, tendo seu enterro sido acompanhado pela alta sociedade da época.[59]

A grande concentração de práticas de cura na área urbana, recebendo intensa propaganda, parece ser uma realidade também do Rio de Janeiro,

arregimentando fiéis não só nos setores populares, mas também nas elites (Pechman, & Fritsch, 1985; Maggie, 1992). Parece ter havido um processo de amplificação das práticas afro-brasileiras nas cidades, possibilitando uma reorganização negra, apoiado em características que eram fortes na cultura dos escravos: sua maleabilidade, capacidade de mudança e adaptação. Duas das regras básicas de sobrevivência da religião afro-brasileira em períodos de repressão foram a aliança com pessoas influentes e a discrição (Reis, 1988), que parecem ter sido adotadas pelos casos de curandeiros negros já descritos. Com o tempo, simpatizantes e aliados brancos foram incorporando-se. Chegaram a constituir casas, como é o caso do pai Alfredo, que também indica que as casas passaram a adotar e metabolizar elementos culturais diversos, incorporando elementos do espiritismo, da teosofia, da parapsicologia e dados científicos popularizados (Correa, 1998).[60]

Yvonne Maggie desenvolve a hipótese de que os mecanismos reguladores criados pelo Estado a partir da República não extirparam a crença nas práticas mágicas, mas foram fundamentais para sua constituição. O estudo de processos de crimes no Rio de Janeiro apontou uma preocupação em identificar 'feiticeiros', autores da 'magia maléfica', e não em liquidar as crenças. Religiões mediúnicas e cultos são percebidos como práticas de 'magia benéfica', trabalhando para o bem e cultuando os 'verdadeiros' espíritos (Maggie, 1992). No Rio Grande do Sul, com a liberdade profissional e religiosa, portanto, sem elementos repressores explícitos, práticas místicas foram intensas, incorporando grande parte da população.[61]

A aproximação de representações místicas visava a oferecer um sentido às dificuldades das pessoas que as procuravam. A eficácia da cura implicava a crença da magia, apresentada sob três aspectos complementares, como afirma um estudo, considerado clássico, de Claude Lévi-Strauss. Existe a crença do feiticeiro na eficácia de suas técnicas, a crença do doente que ele cura e a confiança e as exigências da opinião coletiva, que formam uma espécie de campo de gravitação no seio do qual se definem e se situam as relações entre o feiticeiro e aqueles que ele enfeitiça. A atitude do grupo é fundamental para estabelecer o sucesso ou fracasso das práticas mágicas, que devem articular as dificuldades como uma totalidade compreensível, readaptar o grupo a problemas predefinidos (Lévi-Strauss, 1967). Essas condições, ao que parece, foram atendidas pelos diversos grupos que se organizaram no período.

O Cotidiano das Casas de Cura

Em torno de médiuns, espíritas e curandeiros organizava-se quase que um sistema alternativo de saúde, que convivia com os hospitais medicalizados. Alguns episódios policiais revelam sua existência e deixam entrever um pouco do seu cotidiano. Havia, por exemplo, a casa de 'espiritismo' Monteiro Lopes.[62] O presidente da sociedade era o 'velho' Matheus Fabrício, que recebia o espírito de Dom Feliciano. O 'velho' Fabrício presidia casamentos, benzia e dava remédios receitados pelos espíritos, classificados como 'homeopatia receitada pelo espaço'. Essa entidade tinha um administrador, chamado Alfredo Joaquim Duarte (27 anos, carpinteiro), que cobrava uma associação das pessoas interessadas e presidia as 'sessões'. Todos que organizavam a entidade, bem como seus familiares, moravam numa mesma casa, sede da sociedade, que também recebia outros membros quando estes precisassem realizar algum trabalho.

As sessões daquela sociedade desenvolviam-se da seguinte forma: todos se sentavam em torno de uma mesa, com os médiuns e Alfredo presidindo a sessão. Após o pai-nosso espírita, concentravam-se para receber as entidades. Os médiuns, em transe, diziam que não sabiam o que se passava depois. Após a sessão, que ia até por volta das 10 horas da noite, Alfredo mostrava-lhes as receitas 'vindas do espaço'. Algumas pessoas pernoitavam na entidade, conforme o 'serviço' a ser feito após a sessão. Esses 'serviços' eram variados e indicam que eram praticados rituais diversos. Um cliente da casa tentara curar sua mulher, que estava doente havia quatro anos sem que os médicos resolvessem. Primeiramente, tratou-a com remédios fornecidos por Alfredo, mas sua esposa permaneceu na mesma. Alfredo disse, então, que ela estava enfeitiçada. O 'serviço' era mostrar o autor do feitiço numa bacia ou num espelho, por 12 mil-réis. Na hora da prece, comunicou-se um espírito, mas nada apareceu. Porém, Alfredo não lhe devolveu o dinheiro, dizendo que o guia Santo Agostinho não havia permitido. Alfredo também havia pedido meio quilo de carne e azeite de dendê para fazer um despacho a ser deixado numa encruzilhada, dizendo que o dinheiro era para comprar comidas para o cavalo de São Jorge e Mãe D'água. A polícia afirmou em seu relatório que a religião professada pelos adeptos da casa era 'manqué'. Essa sociedade autodenominava-se espírita, mesmo que sua prática fosse de outros cultos, como parece ser o caso mencionado.

As informações sobre a sociedade chegaram até nós por meio de um processo criminal. Dona Maria Domingas Luiza da Silva apresentou queixa pelo defloramento de suas duas filhas, em 1918, motivando um processo contra Alfredo Joaquim Duarte. A família das meninas freqüentava a Sociedade Monteiro Lopes em busca de cura para suas doenças: Maria do Carmo (há contradição sobre sua idade, a mãe afirmava que a menina tinha 16 anos, ela dizia ter 18) sofria 'ataques' e começou a freqüentar o centro com sua mãe, recebendo passes para tratar de seus problemas. Foi batizada pelo espiritismo, tendo Alfredo como padrinho e na presença de seus familiares, incluindo a mãe, o pai e uma irmã casada, todos participantes ativos da entidade. O processo parece ter sido motivado pelo fato de Maria do Carmo e uma outra irmã, Galdina (13 anos) terem fugido da casa de sua mãe e as tentativas de trazê-las de volta terem sido infrutíferas. A mãe acusou o administrador da sociedade, onde elas estariam hospedadas, de defloramento.[63] Há depoimentos tanto de acusação quanto de defesa sobre a casa de Alfredo. Parentes da moça, que era 'casada pelo espiritismo' com Alfredo, acusam-no de tê-las seduzido, mas todos os parentes foram freqüentadores das sessões antes desse 'desencaminhamento', demonstrando uma grande participação de todos os envolvidos na sociedade espírita. De qualquer forma, o processo foi julgado improcedente, por não haver prova de criminalidade nos fatos narrados na denúncia.

Há representantes de diversos interesses 'depondo' nos autos e construindo as versões que lhes parecem plausíveis, para si e para os outros. A Sociedade Espírita Monteiro Lopes receitava homeopatia, indicada por intermédio da ação de 'espíritos', e fazia trabalhos de 'despacho' em caso de pessoas 'enfeitiçadas'. Articulava uma lógica de vida que incluía até casamentos e batizados. Apesar das diversas versões acusando a casa de 'maternidade' (local onde se aliciavam moças para a prostituição) e de 'feitiçaria', onde se provocava o mal aos 'ignorantes', todos os depoentes (com apenas uma exceção) haviam participado antes das sessões. Suas desavenças pessoais é que os afastaram. Todos procuraram algum alento numa instituição que apontava a cura como principal atividade, justificando sua existência.

A análise, realizada por Paula Montero, sugere uma reinterpretação da doença para as pessoas envolvidas em práticas de cura, que seria produzida pelo pensamento e pela prática religiosa, que transforma a doença numa noção mais abrangente, capaz de dotar de sentido uma realidade que se apresenta aos indivíduos afetados como desordenada e caótica.

A experiência individual da doença passa a integrar um conjunto de relações e conflitos tematizados pelo universo simbólico religioso. Suas frustrações, antagonismos, contradições pessoais articulam-se num sistema significativo, abrindo possibilidade para o indivíduo compreender que seus males não advêm de sua 'fraqueza' ou 'inferioridade', mas têm a ver com a sua inserção no todo social (Montero, 1985).[64] Seus problemas são causados além de si, podendo ser resolvidos no culto religioso, manipulando-se os caracteres simbólicos, de forma mágica.

Com base em estudos antropológicos em comunidades carentes em Porto Alegre, parece possível afirmar que a doença não precisa ser diagnosticada, mas explicada, oferecendo-se assim um sentido para a desordem que acometeu o indivíduo repentinamente. A doença é visualizada como uma desordem da vida habitual e deve organizar-se por explicações plausíveis, que ofereçam ao indivíduo e ao grupo uma forma coerente de explicação. Pela experiência dos indivíduos doentes no seu grupo é que ele pode encontrar um significado para aquilo que parece não ter sentido. Para setores populares, religião – ou sistema de crenças de ordem mística –, é que ocupa esse papel ordenador da desordem causada pelo não explicável. Buscando causas para as doenças, no mais das vezes externas ao próprio indivíduo, e associando-as a formas terapêuticas, possibilitam a criação de um modelo explanatório coerente e lógico (Vasconcellos, 1995). Essas reinterpretações parecem dar o sentido buscado pelas famílias que freqüentavam a Sociedade Monteiro Lopes.

Isso fica mais claro quando a doença se refere, especificamente, ao campo da 'doença mental'. O processo contra familiares, amigos e o curandeiro espírita Norberto Pereira Nunes pela morte de Rosa Praia dos Santos é bastante significativo.[65] Esse processo também nos revela uma outra entidade bastante freqüentada em Porto Alegre, nas duas primeiras décadas do século XX: a Sociedade Espírita Dias da Cruz, que tinha um consultório especial, com um grande altar, diversos santos e bancos, atendendo, diariamente, mais de cem pessoas, dizendo curar toda espécie de enfermidades por meio do espiritismo, recebendo gratificações para realizar essas atividades.

O processo descreve os problemas enfrentados por Rosa dos Santos. Ela havia consultado diversos facultativos da capital, inclusive um médico licenciado, mas seu estado de saúde não melhorara. Como já houvesse freqüentado a sociedade espírita Dias da Cruz, foi se consultar com o 'dr. Norberto', médium nessa instituição. Rosa teria uma tuberculose em

último grau, diagnosticada por Norberto, que a 'desenganou', aconselhando-a a procurar outros recursos, tendo apenas aplicado-lhe uns passes. Do relatório policial, porém, consta que Norberto teria começado o tratamento de Rosa, receitando-lhe xaropes e fazendo-lhe uma "série de bruxarias, como seja, a de colocar nas pernas da doente galinhas e galos abertos, dizendo ser sinapismo". Após um mês, Rosa piorou, sendo obrigada a "guardar o leito". Nos últimos dias, Rosa manifestou "sintomas de alienação mental", pelo que lhe foi aplicado grande número de golpes de vara de marmelo, vindo a falecer dois dias depois. A autópsia não esclarece a *causa mortis* porque a falta de cuidados e de alimentos podem tê-la provocado, mas constatou sinais de possíveis varadas.

Os depoimentos de vizinhos afirmam que Rosa, após ter guardado o leito, fora impedida de alimentar-se e recebia varadas até que se calasse, quando pedia alguma coisa. Os que a cuidavam eram seu amásio, Emílio Corrêa, Miguelina da Conceição e Florinda Corrêa. Seus cuidados são descritos pelos vizinhos como cenas bárbaras, onde havia gritos e risadas, escarnecendo dos pedidos da doente. Ouviam Miguelina e Florinda dizer que era santanaz (sic) no corpo de Rosa, negando-lhe alimento porque era o tinhoso que pedia, assim como deixavam-na no leito no meio da maior imundície. Emílio afirmava que o curandeiro que tratava dela recomendara não lhe darem coisa alguma, porque era o diabo no seu corpo. Dizia que Rosa já estava com seu "tempo terminado", devendo "sucumbir". Os vizinhos afirmavam que Rosa não apresentava sintomas de alienação mental, só que era muito magra, com dois filhos, e que trabalhava muito.

Norberto modificou seu segundo depoimento, passando a dizer que havia receitado um xarope de mastruço com bálsamo, um fortificante, um emplastro poroso na frente e nas costas e um sinapismo feito com galinha aberta ao meio e posta nas pernas da doente, para tirar-lhe a febre (realizado duas vezes), por "insistência da doente" e a mando dos "irmãos do espaço". Ele afirmava que, apesar de tê-la desenganado diversas vezes, continuou a "fazer caridade", dando-lhe passes. Todos os denunciados, Emílio, Miguelina, Florinda e Norberto, procuraram eximir-se de qualquer responsabilidade, mas na revisão do processo há a afirmação de que se comprometeram mutuamente.[66]

Os envolvidos no caso eram todos negros (só não há afirmação sobre a cor de Norberto), com precárias condições de vida, nunca mencionando nos depoimentos que Rosa tivesse tuberculose. Era "doente". Quando ficou de cama, foi considerada 'endemoninhada', apenas no último

depoimento foi que Emílio disse que sua amásia estava "alienada". Provavelmente, as pessoas que cuidaram de Rosa sequer sabiam o que podia ser tuberculose. A compreensão da doença remeteu-os a um universo mágico. Cair doente era possessão. Sendo muito grave, era o demônio. Era o universo reconhecível por essas pessoas, assim como pelos vizinhos dos arrabaldes em que moravam (apenas um deles chegou a dizer que Rosa era tuberculosa). Mais reconhecível, para essas pessoas, era o universo mágico, no qual as pessoas doentes estariam possessas, do que o significado de tuberculose, ou outro nome científico, que não identificavam, pois não lhes dizia nada. Talvez temessem mais as doces irmãs de caridade ou as palavras difíceis do doutor que as torturas do curandeiro. Conjuntamente, a explicação dada à doença de Rosa pelos membros da sociedade e o tratamento oferecido pelo médium Norberto designavam um sentido compreensível para essas pessoas, mais claro do que a explicação científica oferecida pela medicina.

Contudo, não só a população mais carente incorporava a idéia de doença num universo místico. Uma notícia do jornal *Gazeta do Commercio*, sobre a presença de um médico alemão em São Sepé, aponta que até os donos de uma fazenda faziam essa relação. Estavam doentes e o médico afirmou que também estavam enfeitiçados. O médico receitou, rezou muito, benzeu-os, e depois de muitos esforços, os enfermos passaram a melhorar. O médico foi visitado por vizinhos do fazendeiro, que também estariam enfeitiçados (*Gazeta do Commercio*, 30 mar. 1906). Não só a explicação por meio de 'feitiços', mas todo um universo sobrenatural parece fazer parte dos diversos curandeiros. Numa visita que jornalistas da *Gazeta do Commercio* fizeram a uma cartomante, em 1905, procuravam a explicação para uma onda de suicídios, raptos, defloramentos, assassinatos e outros crimes pelo "abuso da cartomancia". Visitaram uma mulher morena, numa casa antiga nos arrabaldes da cidade, que atendia "com sucesso" há 15 anos. As consultas da cartomante relacionavam-se, quase sempre, com a "vida íntima e o lar", havendo alguns dias consagrados totalmente às visitas de namorados. Dispunha de certa "faculdade mediúnica", da qual se utilizava para proporcionar a cura de certos enfermos que a procuravam, com o auxílio de rezas e benzeduras. Não tinha nenhum atestado dos consulentes porque não lhes pedia, porém relatou diversos casos de previsões que teriam repercutido na sociedade porque referiam-se a suicídios, assassinatos, prêmios de loteria. As cartas tinham o poder de revelar-lhe dados do futuro e do passado, que ela interpretava com seus dotes mediúnicos, apesar de

não considerar os infortúnios como feitiçaria, mas como "passos do destino" (*Gazeta do Commercio*, 1, 3 e 8 jun., 1905).

Esse universo constituía a perspectiva das pessoas, que os jornais procuravam desqualificar como idéias dos ignorantes, crendices dos que exploravam a população. Só que compunham as crenças de boa parte das pessoas, até mesmo, por vezes, do presidente do estado, também ele fascinado, como vimos, por palestras de 'ocultistas'. Os ideais de civilização e progresso não parecem reformular as crenças místicas, mas compor-se com elas, na prática. Intelectuais é que advogavam o poder único e inquestionável da ciência. Os demais acreditavam em espiritistas, sonâmbulos, ocultistas, cartomantes, feiticeiros, médiuns, curandeiros, bolas de cristal, astrologia... até em médicos formados!

"...um enorme hospital,..." e seus Tratamentos

Um cronista do jornal *Diário de Notícias*, já mencionado, dizia que Porto Alegre apresentou-se "como se (...) fosse um enorme hospital", quando da visita de Mozart da Costa.[67] Contudo, apesar das inúmeras e terríveis doenças existentes, o cronista também recupera a imagem da cidade como um local onde todos buscavam sanar seus padecimentos. Em todo o período, essa busca por solução das dificuldades relacionadas à saúde foi uma constante, mesmo que as 'alternativas' encontradas não fossem bem aceitas pelos médicos e pela imprensa.

Essa metáfora de um imenso hospital de doentes que não tinham cura, ou tratamento, apesar de ser uma imagem agigantada, também indica o quanto a situação era diferente da atual. Alguns cuidados são importantes quando se procura tratar dos significados de práticas de cura numa época em que não havia um conjunto articulado de instituições ligadas à saúde. As pessoas envolvidas não buscavam, necessariamente, cura. Tinham outras relações com a dor, que iam além da busca de intervenções terapêuticas como o uso de remédios, por exemplo. As experiências com a doença tinham, para elas, uma carga de significados sobre a vida, envolvendo e transformando idéias sobre si mesmas: se mereciam prêmio ou punição pelos comportamentos que adotavam; se era o destino ou a providência atuando sobre suas vidas, gerando atitudes de conformidade ou de busca de alternativas sobre a doença; se mereciam a salvação após a morte ou se iriam penar pelos desregramentos que tivessem cometido desde antes de morrerem. Os sintomas de 'doenças' não se relacionavam só

com falta ou perturbação da saúde. Estar doente podia significar várias coisas: estar fraco, ou louco, ter algum defeito físico, ou apresentar-se entrevado, ter algum vício, ou sofrer um mal moral. A família e o grupo em que viviam desempenhavam uma função-chave nos cuidados da doença e nas terapêuticas, antes do médico, que faziam parte de cuidados secundários (Porter, 1985). Quando se adoecia, várias alternativas eram consideradas antes da procura do médico.

Nesse contexto, a primeira providência de quem adoecia era ouvir os conselhos dos vizinhos, parentes ou amigos que já haviam apresentado os mesmos sintomas, e informar-se sobre o que tinham usado. Tentava-se a utilização de chás, ungüentos, compressas etc. Depois disso, procurava-se a alternativa mais em conta e considerada mais confiável: o curandeiro, o espírita, o que benze. Trabalhos de antropologia médica mostram que os 'caminhos que conduzem ao médico' estão influenciados por fatores como disponibilidade real de assistência, possibilidade de o paciente pagar por ela, fracasso ou sucesso dos tratamentos extra-oficiais, maneira como o paciente percebe o problema e modo como as outras pessoas com quem convive percebem o problema. As escolhas são influenciadas pelo contexto em que ocorrem (Helman, 1994). Mas o mais comum era ele não precisar de atendimento, como expressa dona Percília da Rosa, mulher negra que completou cem anos em 1993, e foi entrevistada pelo Centro de Pesquisa de História Contemporânea de Porto Alegre: "Me criei sem saber o que era doença. Trabalhava que nem homem, trabalhava sempre e nunca fui mal de médico" (Muniz, 1994:19). Essa visão de dona Percília parece corroborar os silêncios da documentação a respeito de como a população mais carente se sentia em relação ao atendimento médico, partindo da premissa que não deveria precisar dele. Estudos antropológicos apontam o destaque dado pelos entrevistados aos problemas sociais causados pela doença, ressaltando a valorização da resistência física, do 'agüentar a dor', para manter-se produtivo, uma vez que é a força física a que prevalece na manutenção econômica do indivíduo e da família (Boltanski, 1989). Estar doente ou precisar procurar um médico significa ficar sem trabalhar e, portanto, sem poder sustentar a si e a sua família.

Os serviços existentes só lentamente passaram a ser vistos pela população como alternativas possíveis de serem utilizadas. A Assistência Pública, mantida pelo município de Porto Alegre a partir de 1898, passou, com o tempo, a atender maior número de pessoas. Gradativamente, foi sendo reconhecida e utilizada, à medida que se apresentava como uma

alternativa e adquiria a confiança por estar à disposição. O serviço de atendimento da Santa Casa ('sala do banco') apresentava problemas como a demora, a possibilidade de que o atendimento não ocorresse, caso o responsável não aparecesse, e a quantidade de pessoas que o procuravam, denunciados pelos jornais.[68] Era pouca a preocupação com um atendimento de saúde pública, a não ser em caso de epidemias.

Não recorrer à medicina também era conseqüência do fato de os serviços médicos distanciarem-se das práticas e símbolos que esses grupos reconheciam e entendiam. Um exemplo dessa dissonância é o caso da morte de uma criança moradora de uma viela no Campo do Bonfim, em 1906, que fora atendida no consultório da Santa Casa. Após a consulta, sua mãe recebeu calomelanos[69] como medicamento, para ser aplicado em casa. Ela calculou o tempo 'de memória', por não ter relógio, para as doses que devia ministrar à criança, e deu-lhe comida logo após o remédio. A criança faleceu no mesmo dia, à noite; os vizinhos explicaram que o sal, em comunicação com o medicamento, produziu o sublimado corrosivo que lhe causou a morte. O atestado médico dizia que a criança morreu de meningite (*Gazeta do Commercio*, 16 mar., 1906). Houve uma leitura diferenciada dos vizinhos e dos médicos sobre a causa da morte. Os vizinhos elaboraram sua própria versão, indicando desconfiança quanto ao que a medicação provocava naquelas pessoas. Talvez a medicação já tivesse causado problemas em outras pessoas, mas a primeira suspeita recaiu sobre o tratamento prescrito pelo doutor formado. Além disso, a notícia no jornal indica que a percepção do tempo para os médicos e para a mãe da criança era diferente, dificultando a adoção das prescrições terapêuticas e a compreensão mútua entre médicos e leigos.

Além desse afastamento, e também pela necessidade de trabalhar para se manter, as populações mais carentes não entendiam uma doença que não apresentasse sintomas, relutando em submeter-se a um tratamento regular e por muito tempo, abandonando-o assim que as melhoras apareciam e só recorrendo ao médico sob pressão de moléstias alarmantes, como era o caso da sífilis. Havia um grande temor da bouba, que apresentava placas semelhantes às da sífilis. Bouba é que era considerada uma doença extremamente grave e contagiosa pela população, mais que a sífilis, mas mesmo os médicos confundiam as manifestações das duas. A população também tinha repugnância a certos medicamentos, como o mercúrio, que era usado para tratamento da sífilis, por considerarem-no 'inimigo dos ossos' (Bem, 1905; Carrara, 1996). Esse distanciamento

entre os saberes dos médicos diplomados e as práticas populares é bastante discutido pela antropologia, que demonstra como as práticas dos curandeiros são mais próximas da visão de mundo de quem está sendo tratado, porque levam em conta a história de cada indivíduo, oferecem explicações reconhecíveis, dando-lhes um sentido, propondo uma lógica referente ao universo conhecido, mantendo o envolvimento da família, articulando e reforçando os valores culturais do grupo em que vivem (Montero, 1985; Helman, 1994; Figueroa, 1990).

Esses elementos também são importantes para se entender a dificuldade dos doentes em permanecer num hospital, já que o internamento significava estar distante das pessoas com quem conviviam, em condições diferentes daquelas a que estavam habituados e nas quais confiavam. Muitos internamentos mantinham-se por anos, em alguns casos, como os pacientes internados no hospital de Beneficência Portuguesa,[70] além daqueles verificados na Santa Casa. O paciente era afastado de sua vida cotidiana por um tempo muito prolongado, em situações muitas vezes desagradáveis, o que gerou desconfiança das internações.

Ressaltamos também o fato de os tratamentos médicos nem sempre se apresentarem 'eficientes', ou seja, não curavam realmente e podiam significar uma grande violência (física e psicológica) para os pacientes, como indica o caso da sífilis, cujo agente responsável só foi descoberto em 1905, e para a qual antes disso prescreviam-se 'tratamentos' tão diversos quanto inúteis (Santos Filho, 1991).[71] Um remédio indolor devia parecer mais interessante diante da perspectiva de uma cirurgia ou uma dieta de purgantes e vomitórios, com resultados igualmente duvidosos. A medicina levou praticamente todo o século XX para conquistar terapêuticas menos dolorosas e agressivas – e ainda hoje há uma enorme dose de violência no tratamento hospitalar. As práticas populares, ao contrário, apresentavam-se geralmente indolores e ofereciam certo alívio e reconforto psicológico. Se nenhuma das alternativas 'curasse', pelo menos as 'espirituais' eram menos capazes de causar medo, dor e desconforto.

Fora do hospital, a situação não era melhor, mesmo para pessoas com recursos. A Lydia Altemberd Cruz foi receitada pelo dr. A. Franco uma solução de calomelanos no dia 7 de setembro de 1916. Seu esposo foi à Farmácia Porto Alegre para aviar a receita, a qual, segundo ele, foi alterada, tendo sido ministrado à enferma sublimado corrosivo, que lhe causou vômitos, com sintomas de envenenamento. As declarações do proprietário da farmácia e de seu ajudante procuraram incriminar uma outra pessoa

que estaria presente na farmácia. Contudo, a preparação de um outro produto, que não era o solicitado, parece ter se devido à falta de atenção, provocando maiores problemas à paciente.[72] Muitas vezes, como nesse episódio, o farmacêutico atuava como médico, já que era o único que possuía o conhecimento sobre os medicamentos e as doenças em várias cidades. Construíram-se espaços onde o socorro se dava não só no atendimento efetivo da doença, mas na convivência de gestos de solidariedade entre os habitantes de uma localidade, como a troca de notícias sobre os doentes e os falecimentos, quando as pessoas se congregavam nas farmácias. A população forjou suas alternativas de cura, mesmo que elas não fossem 'oficiais'. Não se pode, então, considerar que a população apresentava um comportamento passivo quanto a seus problemas de saúde: ela apresentava estratégias de sobrevivência baseadas nas suas próprias tradições, iniciativa, resistência e capacidade de jogar com o sistema, como muitos estudos têm procurado evidenciar.[73]

Num contexto de mudanças como as que se instituíram com a abolição e com o advento da República, transformando as relações sociais das práticas de dominação senhorial em novos significados sociais 'modernos', mas mantendo as diferenças e as desigualdades, construiu-se no país uma 'modernização sem mudanças'. Organizavam-se novas formas de manutenção das relações de trabalho, agora norteadas pelo racismo científico, sendo de responsabilidade da polícia controlar os populares (Chalhoub, 1996). Com a constatação das desigualdades e a manutenção das diferenças, as comunidades não esperaram por respostas oficiais do Estado. Constituíram estratégias de defesa de suas crenças e tradições, num universo possível de práticas religiosas e de cura. Com a República, o fim do catolicismo – que já apresentava uma progressiva desagregação ao longo do século XIX – como religião oficial e obrigatória, reforçou a proliferação de uma ampla diversidade de outras práticas (Beozzo, 1985). Mesmo que não seja possível reconstituir uma atitude elaborada com base nos vestígios encontrados, a existência em grandíssimo número de curandeiros, a organização nacional da umbanda, na década de 1920, e a ampliação do número de entidades espíritas, no início do século, apontam para a construção de um universo específico, que, até hoje, foi negado. Os curandeiros, afinal, não perderam "o governo da multidão" (Assis, 1990:195).[74]

Notas

[1] Em *O Diabo e a Terra de Santa Cruz*, Laura de Mello e Souza (1986) descreve essa complexidade de exercícios de cura, praticados por todos. Eram parte de uma complexa organização religiosa impregnada de magismo.

[2] Essa é uma discussão que já possui uma longa trajetória, remontada originalmente aos trabalhos de George Rudé. Gostaria apenas de apontar uma coletânea de ensaios publicada no Brasil por F. Krantz em 1990: *A Outra História: ideologia e protesto popular nos séculos XVIII a XIX*. Considero muito importante algumas considerações teórico-metodológicas realizadas por Hobsbawn e publicadas nessa coletânea sob o título 'A outra história: algumas reflexões', p.18-33.

[3] A historiografia mais tradicional afirmou por longo tempo a reduzida presença de escravos e o caráter benévolo da escravidão no Estado. Mesmo com abordagens diferenciadas, acredita-se que essa questão foi superada após os trabalhos de Cardoso (1977), Bakos (1982) e Maestri Filho (1984).

[4] A exceção compõe-se dos trabalhos na área de antropologia: Bastide (1959, 1960). São estudos específicos no Rio Grande do Sul: Correa (1991, 1998). Em geral, os estudos são sobre as práticas atualmente: Knauth (1994); Pólvora (1995); Anjos (1995).

[5] Esses elementos são repetidos em vários textos: Fortini (1962:93); Guimaraens (1984); Franco (1988:262). A referência mais antiga encontrada é um texto de Manoel José de Freitas Travassos, que foi provedor da Santa Casa de Misericórdia de Porto Alegre em 1847-1848, 1850 e em 1857-1858: 'Apontamentos para a história da fundação do hospital da Santa Casa de Misericórdia da cidade de Porto Alegre, coligidos e oferecidos à Mesa da mesma Santa Casa pelo irmão Manoel José de Freitas Travassos', de 1859, do qual há uma cópia no Relatório da Santa Casa de Misericórdia do anno de 1879 da capital da província do Rio Grande do Sul. Porto Alegre: Typ. do Deutsche Zeitung, 1879. p.34 em diante.

[6] O autor diz que conheceu o Eiras em 1879.

[7] *O Exemplo*, 2 jan. 1928 apud Bernd & Bakos (1991:33-34). O editorial de 1928 é que conta a história da fundação em 1892.

[8] As notícias são transcritas por Moreira do jornal *Mercantil*, 13 out. 1880 e 28 maio 1881.

[9] Coruja, 1981 apud Pesavento, 1991:39.

[10] Para o historiador Marco de Mello, batuque é "o nome genérico dos ritmos produzidos por negros à base da percussão, de caráter religioso, praticado por negros de origem africana". Considera uma religião afro-brasileira com grande diversidade de práticas, como as danças rituais, festas e musicalidade dos instrumentos de percussão, aproximando-se do candomblé da Bahia e Xangô em Pernambuco e Alagoas. Os lugares onde eram realizadas as reuniões eram chamados 'feitiçarias' e, de sua pesquisa sobre Pelotas, consta que ficavam próximas da zona portuária e na várzea (Mello, 1994:24-25).

[11] Mas este culto não teria sido muito difundido no estado, segundo o registro de Herskovits de 1942, que dizia quase não tê-lo encontrado (Herskovits, 1943 apud Correa, 1994).

[12] O avô de Jacobina fez parte de um movimento separatista religioso na Alemanha, no povoado de Tambach, em 1789, que desligou da comunidade várias famílias sob a alegação de que queriam seguir a orientação ortodoxa da igreja evangélica luterana. Em 1824, ele emigrou para o Brasil, tendo construído a primeira capela evangélica em Hamburgo Velho. Jacobina era analfabeta, mas sua paixão pela Bíblia fê-la aprender a soletrar e depois a ler, não tendo chegado a escrever. João Jorge não exigia nada dos doentes que tratava, tendo recebido muitas pessoas de outras regiões.

[13] Estudos antropológicos mais recentes destacam que a preocupação pragmática com a saúde, em primeiro lugar, e depois questões sentimentais e econômicas, são as principais razões de ingresso e freqüência em todas as modalidades de culto no estado (Correa, 1994; Knauth, 1994).

[14] Há uma revisão bibliográfica que demonstra a amplitude dessa discussão em Rubem César Fernandes. 'Religiões populares': uma visão parcial da literatura recente (Fernandes, 1986-1990:238-273). Haveria uma certa especialização regional de autores sobre os fenômenos, que recobriria todo o Brasil, não havendo um autor que estivesse familiarizado com a religiosidade de todas as regiões.

[15] Decreto nº 44, de 2 de abril de 1895. Leis, Decretos e Actos do Governo do Estado do Rio Grande do Sul 1895. Porto Alegre: Off. Grap. d'A Federação, 1920. p.124-149. Biblioteca da Assembléia Legislativa do Rio Grande do Sul.

[16] *Gazeta do Povo*, 9 dez., 1918 a 28 abr., 1919.

[17] Areimor (pseudônimo). 'Benzeduras e feitiços'. *Gazeta do Povo*, 19 abr., 1915. p.1.

[18] Areimor (pseudônimo). 'Benzeduras e feitiços'. *Gazeta do Povo*, 19 abr., 1915. p.1.

[19] *Gazeta da Tarde*, 11, 15, 16, 17 maio, 1895.

[20] Era um valor relativamente alto. Um jornal registra o salário de um operário e de algumas das suas despesas em 1898: salário médio de 100 a 120 mil réis, podendo chegar a 150 mil réis; aluguel de uma casa, 40 mil réis; lenha para uma casa com casal e quatro filhos, 12 mil réis; pão para um mês para essa família, 18 mil réis. 'A situação do operariado do Rio Grande do Sul'. *Echo Operario*, 23 jan., 1898.

[21] Yvonne Maggie (1992) e outros autores indicam que os brancos sempre participaram dos rituais afro-brasileiros desde o século XIX, não só na crença nos curandeiros, mas participando ativamente dos cultos.

[22] O trabalho de Cláudia Mauch analisa também o jornal *Gazetinha*, apontando as mesmas conclusões. Outro trabalho (Vargas, 1994) analisa o jornal *O Independente*, de 1900 a 1919, exprimindo a visão de intelectuais do período, que corroboravam a necessidade de as cidades serem reformadas de acordo com os 'foros de povo civilizado'.

[23] 'Cousas de mandinga'. *Gazeta do Commercio*, 20 mar., 1903. p.1.

[24] 'Cousas de mandinga'. *Gazeta do Commercio*, 24 mar. e 12 maio, 1903. p.1.

[25] Cartório do Júri de Porto Alegre. Maço, 40, nº 707, 1916 (2 volumes). Arquivo Público do Rio Grande do Sul (APRS). Relatório da Delegacia de Polícia parte da denúncia do jornal *A Noite* de 13 a 18 março de 1916 contra Evaristo do Nascimento, que seria um trambiqueiro, atuando em várias falcatruas nas cidades de Porto Alegre e Pelotas.

[26] Gazeta do Commercio. Havia denúncias quase todos os dias em 1905, 1906, 1907. Ver também os jornais *Diário de Notícias*, 1925 e 1927, e *Folha do Sul*, 1910.

[27] *O Exemplo*, 10 abr., 1910. A denúncia é de uma pessoa que escreve de Não-me-Toque, no interior, em resposta a um artigo de Ambrosio Paré, no mesmo jornal, no dia 20 de março de 1910, que apregoava que, naqueles dias, a medicina marchava a passos largos para chegar à sua perfeição em todos os ramos, não devendo a mulher ficar entregue a parteiras e pessoas sem habilitação da 'ciência'. A criança se salvou, a mulher morreu após 24 horas, "no meio das mais cruciantes dores e hemorragias, que eles não conseguiram aplacar".

[28] Jurgen Thorwald descreve a trajetória de Filipe Semmelweis na descoberta de infecção de febre puerperal por contato, que matava muitas mulheres pós-parto, em Viena, quando atendidas em instituições hospitalares por volta de 1860. Semmelweis recomendava a assepsia para evitar as mortes.

[29] Parte dessas reflexões basearam-se em Fonseca & Brites (1990). O artigo, apesar de referir-se ao batizado em casa, apresenta reflexões sobre o nascimento de crianças nas residências e o papel das parteiras. Ressalta a intimidade entre a parteira e a parturiente, pois havia o período de resguardo, quando as mulheres não saíam de casa durante 40 dias se o nascimento fosse de menino, e 30 dias se fosse menina; também não lavavam a cabeça, não tinham relações sexuais, andavam enfaixadas e tomavam só canja de galinha.

[30] Folheto de Carlos de Lester, "médico operador e parteiro", incluso no processo do Cartório do Júri de Porto Alegre nº 981, maço 64., 1919. APRS.

[31] Processo do Cartório do Júri de Porto Alegre nº 981, maço 64., 1919. APRS.

[32] *Última Hora*, 7 nov., 1919, incluso no processo.

[33] Cartório do Júri de Porto Alegre. Processo nº 1.321, maço 87., 1921. APRS. A situação das mulheres no período é analisada por Arend (1995).

[34] Cartório do Júri de Porto Alegre. Processos: nº 149, maço 7, 1905 (morte da paciente por 'envenenamento mercurial'); nº 194, maço 9, 1909 (aborto). APRS. O processo de 1905 teve ampla repercussão no jornal *Gazeta do Commercio* em 7, 8, 10, 19 ago, 28 dez. 1905 e 21, 22 mar., 1906. O mesmo jornal realizou uma campanha contra a imperícia das parteiras, denunciando outros casos, como de Emília Bravo, em 28 dez., 1905 e 23 abr., 1906.

[35] Processo do Cartório do Júri de Porto Alegre no 115, maço 6., 1904. APRS. *Gazeta do Commercio*, 26 mar., 29, 30, 31 ago., 1904, 13 fev., 1905.

[36] 'Explorações torpes'. *A Noite*, 28 abr., 1914. p.2.

[37] 'Explorações torpes'. *A Noite*, 28 abr., 1914. p.2.

[38] Relatório do exercício de 1925 apresentado pelo provedor dr. Aurelio de Lima Py em 1º de janeiro de 1926. Porto Alegre: Off. Graph. d'A Federação, 1926. Centro de Documentação e Pesquisa da Santa Casa de Misericórdia de Porto Alegre.

[39] 'A Cidade' (crônica diária). *Diário de Notícias*, 4 out., 1925. p.3.

[40] Todas as informações sobre o médium são do jornal *Diário de Notícias*, 27 set., 1925, p.4; 29 set., 1925, p.3 e 12; 30 set., 1925, p.4; 3 out., 1925, p. 4; 4 out., 1925, p. 3. Não se sabe como uma pessoa teria substituído outra na prisão durante o cumprimento da pena, mas o jornal informa que isso teria ocorrido, talvez indicando que o médium possuía amigos com influência sobre o sistema penitenciário e jurídico que facilitaram sua saída da prisão. Entretanto, também pode ter ocorrido que essa informação tenha apenas sido usada pelo jornalista para destacar a figura noticiada.

[41] 'O medium Mozart Teixeira'. *Diário de Notícias*, 30 set., 1925. p.4.

[42] 'O 'medium' Mozart Dias Teixeira'. *Diário de Notícias*, 29 set., 1925. p.12. Discurso do médium na sua chegada a Porto Alegre.

[43] 'O 'medium' Mozart Dias Teixeira'. *Diário de Notícias*, 29 set., 1925. p.12. Discurso do médium na sua chegada a Porto Alegre. Grifo do original.

[44] 'O 'medium' Mozart Dias Teixeira'. *Diário de Notícias*, 29 set., 1925. p.12. Discurso do médium na sua chegada a Porto Alegre.

[45] 'Que devemos pensar do caso Mozart?'. *Diário de Notícias*, 6 out., 1925. p.3. Opinião de Paulo Hecker, espírita, formado em direito e farmácia. Foi diretor da Federação Espírita do Rio Grande do Sul de 1931 a 1932. *A Reencarnação*, dez., 1971. p.11.

[46] 'Que devemos pensar do caso Mozart?' *Diário de Notícias*, 6 out., 1925. p.3. Opinião de Paulo Hecker, espírita.

[47] 'Que devemos pensar do caso Mozart?' *Diário de Notícias*, 6 out., 1925. p.3. Opinião de Paulo Hecker, espírita.

[48] 'Que devemos pensar do caso Mozart?' *Diário de Notícias*, 6 out., 1925. p.3. Opinião de Paulo Hecker, espírita.

[49] 'Que devemos pensar do caso Mozart?' *Diário de Notícias*, 6 out., 1925. p.3. Opinião de Paulo Hecker, espírita.

[50] 'Que devemos pensar do caso Mozart?' *Diário de Notícias*, 6 out., 1925. p.3. Opinião de Paulo Hecker, espírita.

[51] Contam-se 18 grupos organizados em várias cidades do Rio Grande do Sul numa lista dos participantes do I Congresso Espírita do Rio Grande do Sul em Porto Alegre, que fundou a Federação Espírita do Rio Grande do Sul e menciona o histórico da sua fundação. *Correio do Povo*, 18 fev., 1971.

[52] 'O espiritismo no Rio Grande do Sul'. *A Reencarnação*, 1971. p.8.

[53] 'Cultos de importação e credos extravagantes'. *Diário de Notícias*, 24 jul., 1927. p.12. Entrevista com Pai Alfredo.

[54] 'Morte numa sociedade espírita'. *A Noite*, 14 abr., 1914. p.5.

[55] Encontrei dois processos: em 1920, contra o jornal *Gazeta do Povo*, por publicação do dia 22 de agosto, quando o acusaram de falsificar o atestado de um paciente. O processo inocentou o jornalista. Processo do Cartório do Júri de Porto Alegre. Maço 79, nº 1.195. Em 1923, contra o jornal Última Hora de 2 de junho, que chamou Alfredo Dias de "charlatão, explorador, feiticeiro, criminoso e magista". O jornalista responsável pela matéria foi condenado a prisão e multa, mas foi absolvido na apelação. Processo do Cartório do Júri de Porto Alegre. Maço 96, nº 1.461. APRS.

[56] 'Morte numa sociedade espírita'. *A Noite*, 14 abr., 1914. p.5.

[57] *A Noite*, 17 abr. p. 5; 27 abr., 1914. p.2. A citação é do dia 27.

[58] *A Noite*, 27 e 28 abr., 1914. p.2.

[59] Dados fornecidos em comunicação pessoal por Maria Helena Nunes da Silva a Norton Correa (Correa, 1998).

[60] A assimilação de elementos de diversas crenças é citada para a umbanda, que é considerada uma elaboração tipicamente brasileira; a umbanda nasceu, oficialmente, no Rio de Janeiro nos primeiros anos da década de 1920 (Brown, 1985).

[61] A abertura de processos contra essas práticas só ocorria em caso de suspeita e comprovação de casos de mortes, o que ocorreu mais com parteiras. Dos sete processos fichados por acusações de imperícia ou assassinato, quatro são de parteiras.

[62] A descrição a seguir é do Processo do Cartório do Júri de Porto Alegre, nº 888, maço 56, 1918. APRS.

[63] Aparentemente, a mãe das moças pretendia que elas voltassem para casa. A acusação de defloramento foi um motivo para buscá-las na sociedade com a polícia. Maria do Carmo declarou-se deflorada por seu namorado, falecido, e Galdina por um corretor que não se encontrava mais na cidade, o qual lhe oferecera um conto de réis.

[64] A análise de Paula Montero aplica-se à umbanda, trata especificamente de médiuns, que acabaram incorporando-se nos cultos, e é da década de 1980, mas sugere possibilidades de análise que se procurou considerar.

[65] A descrição é do processo do Cartório do Júri de Porto Alegre, nº 772, maço 44, 1916, APRS.

[66] O processo foi julgado improcedente porque não havia provas de terem sido os acusados os autores dos ferimentos praticados em Rosa. No desenrolar do processo, faleceu Miguelina da Conceição, de tuberculose pulmonar, internada na Santa Casa.

[67] 'A Cidade' (crônica diária). *Diário de Notícias*, 4 out., 1925. p.3.

[68] 'Santa Casa'. *O Exemplo*, 15 ago., 1910. p.1.

[69] Calomelanos é uma medicação muito citada como responsável pela morte em processos criminais, quando utilizada de forma incorreta. Como exemplo: Processo no Cartório do Júri de Porto Alegre nº 713, M.41, de 1916, contra proprietário de uma farmácia por troca de medicamento por calomelanos. APRS.

[70] Dos enfermos até novembro de 1859, houve internamentos de dois anos e de um a cinco meses (Spalding, 1954).

[71] A sífilis tem como agente responsável uma bactéria em forma de espiral chamada *Treponema pallidum*. É uma doença infecciosa e contagiosa, transmitida, sobretudo, por contato sexual, transmissível à descendência. Sérgio Carrara (1996) afirma que faz parte do senso comum dizer-se que a sífilis era uma doença incurável até o advento da penicilina, cujo uso se disseminou a partir da década de 1940. Isso seria incorreto do ponto de vista histórico porque, desde finais do século XIX, os médicos insistiriam em que a cura da doença era possível por meio técnicas de que dispunham. Entretanto, o tratamento permaneceria ineficiente, sendo poucos os curados, devido, entre outras razões, ao fato de o tratamento ser extremamente longo, penoso e às vezes letal.

[72] Cartório do Júri de Porto Alegre. Processo nº 713, maço 41., 1916. APRS. O farmacêutico e seu ajudante foram absolvidos por falta de provas.

[73] Como o já mencionado artigo de Roy Porter (1985).

[74] A análise da crônica de Machado de Assis é feita por Sidney Chalhoub (1996:164-168).

Periódicos

Correio do Povo. Porto Alegre, 1971. Biblioteca Pública do Rio Grande do Sul.

Diário de Notícias. Porto Alegre, 1925, 1927. Museu de Comunicação Social Hipólito José da Costa.

Echo Operário. Porto Alegre, 1898. Arquivo Edgar Leuenroth, da Universidade Estadual de Campinas.

O Exemplo. Porto Alegre, 1910. Arquivo Edgar Leuenroth, da Universidade Estadual de Campinas.

Folha do Sul. Porto Alegre, 1910. Museu de Comunicação Social Hipólito José da Costa.

Gazeta da Tarde. Porto Alegre, 1895. Museu de Comunicação Social Hipólito José da Costa.

Gazeta do Commercio. Porto Alegre, 1903, 1904, 1905, 1906, 1907. Museu de Comunicação Social Hipólito José da Costa.

Gazeta do Povo. Porto Alegre, 1915, 1918, 1919. Museu de Comunicação Social Hipólito José da Costa.

Gazetinha. Porto Alegre, 1898. Arquivo Histórico de Porto Alegre.

A Noite. Porto Alegre, 1914. Museu de Comunicação Social Hipólito José da Costa.

A Reencarnação. Porto Alegre, Órgão de Difusão Doutrinária da Federação Espírita do Rio Grande do Sul, 1971. Biblioteca Pública do Rio Grande do Sul.

Última Hora. Porto Alegre, 1919. Arquivo Público do Rio Grande do Sul (APRS).

Referências Bibliográficas

ANJOS, J. C. G. de. O corpo nos rituais de iniciação do batuque. In: LEAL, O. F. et al. (Org.) *Corpo e Significado: ensaios de antropologia social*. Porto Alegre: Editora da Universidade/UFRGS, 1995. p.139-153.

AREND, S. M. F. Casar ou amasiar: a vida conjugal dos populares porto-alegrenses. In: HAGEN, A. M. M. & MOREIRA, P. R. S. (Org.) *Sobre a Rua e Outros Lugares: reinventando Porto Alegre*. Porto Alegre: AHRS/Caixa Econômica Federal, 1995. p.31-49.

ASSIS, M. de. *Bons Dias!* [crônica de 14 jun. 1889]. São Paulo: Hucitec, Unicamp, 1990.

BAKOS, M. M. *RS: escravismo & abolição*. Porto Alegre: Mercado Aberto, 1982.

BASTIDE, R. *Sociologia do Folclore Brasileiro*. São Paulo: Anhambi, 1959.

BASTIDE, R. *As Religiões Africanas no Brasil*. São Paulo: Pioneira, Ed. da Universidade de São Paulo, 1960. v.II.

BEM, B. P. de. *Esboço de Geographia Medica do Rio Grande do Sul*. Porto Alegre: Livraria do Globo, 1905.

BEOZZO, J. O. A Igreja na crise final do Império (1875-1888). In: HAUCK, J. F. *História da Igreja no Brasil*. 2.ed. Petrópolis: Vozes, 1985. Tomo II/2:255-291.

BERND, Z. & BAKOS, M. M. *O Negro: consciência e trabalho*. Porto Alegre: Ed. da Universidade/UFRGS, 1991.

BOLTANSKI, L. *As Classes Sociais e o Corpo*. 3.ed. Rio de Janeiro: Graal, 1989.

BONI, L. A. de. O catolicismo da imigração: do triunfo à crise. IN: BAKOS, M. M. *RS: escravismo & abolição*. Porto Alegre: Mercado Aberto, 1982. p.234-255.

BRITES, J. Tudo em família: religião e parentesco na umbanda gaúcha. In: CORREA, N. F. et al. (Org.) *As Religiões Afro-Brasileiras do Rio Grande do Sul*. Porto Alegre: Editora da Universidade/UFRGS, 1994. p.74-88.

BROWN, D. O papel histórico da classe média na umbanda. *Religião e Sociedade*, (1):31-50, 1977.

BROWN, D. Uma história da umbanda no Rio. In: SEIBLITZ, Z. *Umbanda & Política*. Rio de Janeiro: Marco Zero, Iser, 1985. p.9-41.

CAMARGO, C. P. F. de. *Kardecismo e Umbanda*. São Paulo: Pioneira, 1961.

CAMARGO, C. P. F. de. *Católicos, Protestantes, Espíritas*. Petrópolis: Vozes, 1973.

CARDOSO, F. H. *Capitalismo e Escravidão no Brasil Meridional*. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1977.

CARRARA, S. *Tributo a Vênus: a luta contra a sífilis, da passagem do século aos anos 40*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 1996.

CHALHOUB, S. *Cidade Febril: cortiços e epidemias na corte imperial*. São Paulo: Companhia das Letras, 1996.

CORREA, N. F. O batuque no Rio Grande do Sul: uma visão panorâmica. In: TRIUMPHO, V. et al. (Org.) *Rio Grande do Sul: aspectos da negritude*. Porto Alegre: Martins Livreiro, 1991. p.145-166.

CORREA, N. F. *Os Vivos, os Mortos e os Deuses: um estudo antropológico sobre o batuque no Rio Grande do Sul*. Porto Alegre: Editora da Universidade/UFRGS, 1998.

CORREA, N. F. et al. (Org.) *As Religiões Afro-Brasileiras do Rio Grande do Sul*. Porto Alegre: Editora da Universidade/UFRGS, 1994.

CORUJA, A. A. P. Antigualhas, reminiscências de Porto Alegre. P*orto Alegre: união de Seguros Gerais*, 1981. p.27 [1.ed. 1881] (apud Pesavento, 1991:39).

D'AVILA, M. C. *Da Flora Medicinal do Rio Grande do Sul*. Porto Alegre: Typografia Gutenberg, 1910.

DAMAZIO, S. F. *Da Elite ao Povo: advento e expansão do espiritismo no Rio de Janeiro*. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil, 1994.

DELUMEAU, J. *História do Medo no Ocidente, 1300-1800: uma cidade sitiada*. São Paulo: Companhia das Letras, 1989.

DEPARTAMENTO ESTADUAL DE ESTATÍSTICA. *Sinopse Estatística de Porto Alegre*. Porto Alegre: Of. Graf. Livraria do Globo, 1940.

EICKHOFF, J. *O Doutor Maragato*. Apresentação, tradução e comentários de Hilda Agnes Hubner Flores. Porto Alegre: Ed. da Universidade/UFRGS, 1994. [1.ed. 1915]

ENGEL, M. *Meretrizes e Doutores: saber médico e prostituição no Rio de Janeiro (1840-1890)*. São Paulo: Brasiliense, 1988.

FERNANDES, R. C. *O que se Deve Ler em Ciências Sociais no Brasil*. São Paulo: Coartex, Anpocs, 1986-1990.

FIGUEROA, A. V. Apuntes preliminares y perspectivas de la medicina folkórica popular. *Folklore Americano*, Revista do Instituto Pan-americano de Geografia e História (50):172-174, jul.-dez. 1990.

FONSECA, C. & BRITES, J. Um atalho até Deus: um estudo de catolicismo popular no Rio Grande do Sul. *Religião e Sociedade*, 15(2-3):136-160, 1990.

FORTINI, A. *Pôrto Alegre através dos Tempos*. Porto Alegre: Div. de Cultura, 1962.

FRANCO, S. da C. *Porto Alegre: guia histórico*. Porto Alegre: Ed. da Universidade/UFRGS, 1988.

FRY, P. *Pra Inglês Ver: identidade e política na cultura brasileira*. Rio de Janeiro: Zahar, 1982.

GIACOMAZZI, M. C. G. Natureza, corpo e saúde. In: LEAL, O. F. et al. (Org.) *Corpo e Significado: ensaios de antropologia social*. Porto Alegre: Editora da Universidade/UFRGS, 1995. p.446-447.

GIUMBELLI, E. *O Cuidado dos Mortos: uma história da condenação e legitimação do espiritismo*. Rio de Janeiro: Arquivo Nacional, 1997.

GUIMARAENS, R. *A Herança do Irmão Joaquim*. Porto Alegre: Redactor, 1984.

HELMAN, C. G. *Cultura, Saúde e Doença*. 2.ed. Porto Alegre: Artes Médicas, 1994.

KNAUTH, D. R. A doença e a cura nas religiões afro-brasileiras do Rio Grande do Sul. In: CORREA, N. F. et al. (Org.) *As Religiões Afro-Brasileiras do Rio Grande do Sul*. Porto Alegre: Editora da Universidade/UFRGS, 1994. p.89-103.

KRANTZ, F. *A Outra História: ideologia e protesto popular nos séculos XVIII a XIX*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1990.

LAYTANO, D. de. *Festa de Nossa Senhora dos Navegantes: estudo de uma tradição das populações afro-brasileiras de Pôrto Alegre*. Porto Alegre: Comissão Estadual do Folclore do Rio Grande do Sul, 1955. v.6.

LÉVI-STRAUSS, C. O feiticeiro e sua magia. In: LÉVI-STRAUSS, C. *Antropologia Estrutural*. Rio de Janeiro: Tempo Brasileiro, 1967. p.193-213.

LINEBAUGH, P. The tyburn riot against the surgeons. In: HAY, D. et al. (Eds). *Albion's Fatal Tree: crime and society in Eighteenth-century England*. New York: Pantheon Books, 1975. p.65-117.

MAESTRI FILHO, M. J. *O Escravo no Rio Grande do Sul*. Porto Alegre, Caxias do Sul: Escola Superior de Teologia São Lourenço de Brindes, Editora da Universidade de Caxias do Sul, 1984.

MAGGIE, Y. *Medo do Feitiço: relações entre magia e poder no Brasil*. Rio de Janeiro: Arquivo Nacional, 1992.

MAUCH, C. *Ordem Pública e Moralidade: imprensa e policiamento urbano em Porto Alegre na década de 1890*, 1992. Dissertação de Mestrado, Porto Alegre: Instituto de Filosofia e Ciências Humanas, Universidade Federal do Rio Grande do Sul.

MELLO, M. A. L. de. *Reviras, Batuques e Carnavais: a cultura de resistência dos escravos em Pelotas*. Pelotas: Editora Universitária UFPel, 1994.

MONTERO, P. *Da Doença à Desordem: a magia na umbanda*. Rio de Janeiro: Graal, 1985.

MOREIRA, P. R. S. *Entre o Deboche e a Rapina: escravismo, urbanização e resistência*. Porto Alegre: UFRGS, s.d. (Mimeo.)

ORO, A. P. Difusão das religiões afro-brasileiras do Rio Grande do Sul para os países do Prata. In: CORREA, N. F. et al. (Org.) *As Religiões Afro-Brasileiras do Rio Grande do Sul*. Porto Alegre: Editora da Universidade/UFRGS, 1994. p.47-73.

ORTIZ, R. A morte branca do feiticeiro negro. *Religião e Sociedade*, (1):43-50, 1977.

PECHMAN, S. & FRITSCH, L. A reforma urbana e o seu avesso: algumas considerações a propósito da modernização do Distrito Federal na virada do Século. *Revista Brasileira de História*, 5(8-9):139-195, set. 1984/abr. 1985.

MUNIZ, P. R. *Percília: uma vivência de cem anos*. Porto Alegre: Unidade Editorial, Centro de Pesquisa em História Contemporânea, 1994. (Depoimentos)

PERROT, M. *Os Excluídos da História*. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1988.

PESAVENTO, S. *Memória Porto Alegre: espaços e vivências*. Porto Alegre: Ed. da Universidade/UFRGS, Prefeitura Municipal de Porto Alegre, 1991.

PÓLVORA, J. B. O corpo batuqueiro: uma expressão religiosa afro-brasileira. In: LEAL, O. F. et al. (Org.) *Corpo e Significado: ensaios de antropologia social*. Porto Alegre: Editora da Universidade/UFRGS, 1995. p.125-137.

PORTER, R. The patient's view: doing medical history from bellow. *Theory and Society*, 14(2):175-198, mar. 1985.

PORTO ALEGRE, A. *A Fundação de Porto Alegre*. Porto Alegre: Livraria do Globo, 1906.

PORTO ALEGRE, A. *História Popular de Porto Alegre*. Porto Alegre: Unidade Editorial, Porto Alegre, 1994. [1.ed. 1940]

PUENTE, A. Erros e superstições populares. *Almanak Litterario e Estatistico da Província do Rio Grande do Sul para 1890*. Pelotas, Rio Grande, Porto Alegre: Carlos Pinto & Comp., 1890. p.64-65. Biblioteca Pública do Rio Grande do Sul.

QUEIROZ, M. I. P. de. *O Messianismo no Brasil e no Mundo*. 2.ed. São Paulo: Alfa-Omega, 1976.

RAGO, M. *Do Cabaré ao Lar, a Utopia da Cidade Disciplinar: Brasil, 1890-1930*. 2.ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1987.

REIS, J. J. Magia Jeje na Bahia: a invasão do calundu do Pasto de Cachoeira, 1785. *Revista Brasileira de História*, 8(16):58-71, mar. 1988-ago. 1988.

SANTOS FILHO, L. *História Geral da Medicina Brasileira 2*. 1.reimpressão. São Paulo: Hucitec, 1991.

SIMÕES, C. M. O. et al. *Plantas da Medicina Popular no Rio Grande do Sul*. 4.ed. Porto Alegre: Ed. da Universidade/UFRGS, 1995.

SOARES, L. C. *Rameiras, Ilhoas, Polacas...: a prostituição no Rio de Janeiro do século XIX*. São Paulo: Ática, 1992.

SOUZA, L. de M. e. *O Diabo e a Terra de Santa Cruz*. São Paulo: Companhia das Letras, 1986.

SPALDING, W. *A Beneficência Portugueza*. Porto Alegre: Estabelecimento Gráfico Santa Teresinha Ltda., 1954.

TESCHAUER, C. Medicos e plantas medicinaes. *Almanak do Rio Grande do Sul*. Porto Alegre, Pelotas, Rio Grande: Livraria Americana, Pintos & Comp., 1909. p.213-218. Arquivo Edgar Leuenroth/Universidade Estadual de Campinas (AEL-Unicamp).

THOMAS, K. *Religião e o Declínio da Magia*. São Paulo: Companhia das Letras, 1991.

THORWALD, J. *O Século dos Cirurgiões*. São Paulo: Hemus, s.d.

TRIUMPHO, V. et al. (Org.) *Rio Grande do Sul: aspectos da negritude*. Porto Alegre: Martins Livreiro, 1991.

VARGAS, A. Z. Moralidade, autoritarismo e controle social em Porto Alegre na virada do século 19. In: VARGAS, A. Z. et al. (Org.) *Porto Alegre na Virada do Século 19: cultura e sociedade*. Porto Alegre, Canoas, São Leopoldo: Ed. Universidade/UFRGS, Ed. Ulbra, Ed. Unisinos, 1994. p.25-42.

VASCONCELLOS, M. C. G. et al. A propósito de modelos culturais explanatórios de doença mental: um estudo sobre a leitura de sintomas de esquizofrenia. In: LEAL, O. F. et al. *Corpo e Significado: ensaios de antropologia social*. Porto Alegre: Editora da Universidade/UFRGS, 1995. p.355-356.

WEBER, B. T. *As Artes de Curar: medicina, religião, magia e positivismo na República Rio-Grandense – 1889-1928*. Santa Maria, Bauru: Editora da UFSM, Edusc, 1999.

WITTER, N. A. *Dizem que Foi Feitiço: curadores e práticas de cura no Sul do Brasil (Santa Maria, 1845-1880)*. Porto Alegre: EDPUCRS, 2001.

DEPARTMENTO DE ANKYLOSTOMIASIS

No. del registro 1198

Nombre

Edad 24 Distrito de Santa Anna

Dosis
- T .... Gramos
- Ch
  - 6 a. m. 18 Gotas
  - 8 a. m. 18 "

COMO SE TOMAN LAS MEDICINAS

LA VISPERA: No coma alimento alguno después de las cuatro de la tarde, y las siete de la noche tome uno de los purgantes, disolviendo la sal en agua caliente.

EL DIA SIGUIENTE: A las seis de la mañana tome la mitad de las cápsulas, y dos horas después, o sea a las ocho de la mañana, tome la otra mitad.

A las diez de la mañana debe tomar el otro purgante, también disuelto en agua caliente.

OBSERVATIONES QUE DEBE ATENDER EL ENFERMO:

Si es un niño o adulto que no puede tomar las cápsulas, debe sarcase el polvo y mezclarlo con miel o sirope; asi es fácil beber las medicinas.

El dia que esté medicinándose no coma; sin embargo, a las cuatro de la tarde, después que le haya hecho efecto el último purgante, puede tomar atol.

No se debe beber ningún licor ni grasa.

Fácil es saber, con el purgante que se ha tomado la vispera, si la dosis de sal es suficiente para dar un buen efecto; pues en caso contrario, es bueno aumentar la cantidad de sal cuando vaya a tomar el segundo purgante.

Si el último purgante no hiciere efecto después de unas dos horas de tomado, el enfermo debe ponerse una lavativa de agua de jabón con aceite.

Cada ocho dias, después de tomadas las medicinas, vuelva al Laboratorio y traiga consigo este sobre, en buen estado, sin borrones ni rompeduras, junto con una muestra de heces dentro de la cajita de lata, hasta que se le avise que ya stá curado.

NO OLVIDE QUE SI USTED QUIERE EVITAR EN LO FUTURO ESTA ENFERMEDAD, CONSTRUYA Y USE UN BUEN EXCUSADO EN SU CASA.

NO SE COBRA NADA POR LAS MEDICINAS.

No. de la casa 119

101-Imp. Nacional

Notificação com prescrição de medicamentos para ancilostomíase enviada para a residência dos enfermos pela Fundação Rockefeller e pelos serviços sanitários da Costa Rica. Acervo do Rockefeller Archive Center, Sleepy Hollow, Nova Iorque.

Saúde imperial e educação popular: a Fundação Rockefeller na Costa Rica em uma perspectiva centro-americana, 1914-1921*

Steven Palmer

* Originalmente publicado em Molina, I. & Palmer, S. *Educando a Costa Rica: alfabetização popular, formación docente y género (1880-1950)*. San José, Costa Rica: Ed. Porvenir y Plumsock Mesoamerican Studies, 2000, também incorpora artigo publicado em Joseph, G. M.; Legrand, C. & Salvatore, R. D. (Eds.) *Close Encounters of Empire: writing the cultural history of U.S.-Latin American relations*. Durham, Londres: Duke University Press, 1998. Tradução de Paulo M. Garchet.

Em fins de outubro de 1915, em uma elegante mansão do Barrio Amon, em San José, teve lugar uma reunião entre um emissário dos Estados Unidos e os mais altos funcionários do governo da Costa Rica. No decorrer da noite, o estadunidense, agente dos Rockefeller, explicou didaticamente o que deviam fazer os costarriquenhos para acabar com um perigoso inimigo de seu país. A casa pertencia a Federico Tinoco, o ministro da Guerra, e estavam presentes vários membros do gabinete, junto com o presidente da República, Alfredo González Flores.

O inimigo em questão, contudo, não pertencia à esquerda, tampouco era antiimperialista, e sequer estava consciente de sua condição de inimigo. Tratava-se de um parasita chamado Anquilostoma americana, causador da ancilostomíase, uma enfermidade conhecida popularmente na Costa Rica como *cansancio*[N.T. 1] e que era endêmica no país, assim como em muitas outras partes do mundo tropical e subtropical. O agente estrangeiro, dr. Louis Schapiro, era simpático, falava bem o espanhol, e sua exposição, ilustrada com imagens do monstruoso inimigo produzidas por uma lanterna mágica, entretinha não apenas o gabinete, como também a esposa e os filhos do presidente. Naquela noite prazerosa, Schapiro tentou educar os altos poderes em questões de saúde pública para que dessem a seu recém-criado Departamento de Ancilostomíase "poder definitivo" para "obrigar [a população] a fazer exame e, se possível, tratamento".[1]

Schapiro conseguiu seus poderes definitivos, mas apenas porque demonstrou estar aberto às propostas que lhe fizeram seus anfitriões costarriquenhos para conduzir a luta contra a ancilostomíase patrocinada pela Fundação Rockefeller em conjunto com o desenvolvimento de um sistema de higiene e medicina escolar. Durante os seis anos que se seguiram, Schapiro e seus técnicos costarriquenhos reproduziram essa reunião didática em quase todas as cidades e vilas da república. Ainda que os ocupantes desses altos postos não tenham, eles mesmos, se submetido nem ao exame, nem ao tratamento indicados, sete de cada dez costarriquenhos o fizeram, às vezes convencidos pelo uso da força. No curso de tal processo, não apenas experimentaram os questionáveis prazeres de um exame de sangue e de fezes e as curas específicas determinadas por um diagnóstico

[N.T. 1] No Brasil, 'amarelão' ou 'opilação'. Segundo o livro de Julyan Peard (1997:64), quando Otto Wucherer fez seu descobrimento de ancilostomíase no Brasil em 1866, uma das formas de chamar a enfermidade era 'cansaço'. Isto é, o mesmo nome popular era usado para designar a mesma doença em toda América Latina.

científico baseado em exames de laboratório, como aprenderam a construir e manter um reservado sanitário, a defecar nele, e adquiriram pequenas bibliotecas de folhetos e folhas soltas que explicavam os conceitos básicos da higiene e da teoria dos germes.

O presente artigo é o primeiro que discute com algum detalhe os cinco programas contra a ancilostomíase empreendidos pela Fundação Rockefeller na América Central a partir de 1914. O trabalho internacional da fundação, por certo, atraiu muito o interesse dos cientistas sociais nos últimos 30 anos. Seus estudos assinalaram convincentemente que a saúde pública ao estilo Rockefeller mapeou e processou os povos do Terceiro Mundo em função da expansão imperial estadunidense, das necessidades de mão-de-obra do capitalismo agrário e da hegemonia global de um estilo de medicina científica que então encontrava sua moderna forma institucional e comercial nos Estados Unidos. Em uma visão global, tal caracterização desses programas dificilmente pode ser questionada. Entretanto, a perspectiva desses estudos tendeu a enfocar a própria fundação como sujeito histórico. Quando a perspectiva se distancia do terreno institucional, do cenário geopolítico da Fundação Rockefeller ou dos Estados Unidos – particularmente, se considerar a experiência dos países anfitriões –, surge toda uma série de novas perguntas e temas sobre os efeitos desses esforços em prol da saúde pública.[2]

Colocamos entre parênteses o que outros pesquisadores consideraram como a conclusão última sobre os fins imperialistas dos programas da Fundação Rockefeller, e o tomamos, antes, como ponto de partida para os estudos sobre a diversidade das maneiras como tais esforços imperiais no campo da saúde afetaram as configurações políticas e a vida cotidiana em uma ampla variedade de cenários latino-americanos. Como veremos, à medida que se desenvolvia na América Central, o projeto contra a ancilostomíase da Fundação se diversificava em muitos programas de alcance, estratégias e resultados altamente variados. Alguns desses programas foram apropriados pelos governos e sociedades anfitriãs, muitos foram parcialmente rechaçados e outros, ocasionalmente, foram por eles combatidos.

Este artigo explora a medida em que indivíduos, grupos intelectuais e instituições costarriquenhos foram capazes de transformar os esforços da fundação em um veículo para consolidação de um projeto de saúde pública já existente, de feitura local, e oferece uma comparação inicial com a experiência dos demais países centro-americanos. Comecemos por assinalar, no caso da ancilostomíase, que a periferia centro-americana

realmente se adiantou à metrópole estadunidense na pesquisa e tratamento desta enfermidade. Na Costa Rica, essa precedência periférica significou que setores-chave do governo e da comunidade pública estivessem mais conscientes que a própria fundação sobre o que a campanha Rockefeller contra a ancilostomíase poderia oferecer ao país, o que lhes permitiu apropriar-se da missão.

Mais ainda, uma vez bem-sucedida, a campanha contra a ancilostomíase na Costa Rica deixou de ser reduzível à unidade ideológica ou institucional da Fundação Rockefeller, reconfigurando-se como componente vital de uma estratégia autóctone e de uma matriz institucional desenhada para apoio à medicina social. Tal estratégia concentrou-se em uma rápida expansão da higiene pública por meio de sua adaptação ao extenso e bem-sucedido sistema público de educação. Apresentamos, também, um esboço básico dos contatos entre os agentes costarriquenhos e as cidades e vilas da Costa Rica, contatos desenhados para educar as massas nos princípios modernos da higiene por meio de dramáticas lições práticas, e para assegurar que o aparato de educação pública aceitasse ser portador permanente da campanha sanitarista. Paradoxalmente, ainda que tenha afetado a soberania da Costa Rica de modo importante, a presença da Fundação Rockefeller reforçou e expandiu o alcance do Estado costarriquenho e administrou recursos e métodos que aprofundaram o sentimento de nacionalidade entre a população rural.

Finalmente, faremos uma comparação com as campanhas, menos felizes, contra a ancilostomíase em outras partes da América Central, comparação esta que sugere duas conclusões: primeiro, que não houve uma correlação positiva entre a influência geopolítica direta dos Estados Unidos e a realização das metas da Fundação Rockefeller; segundo, que entre outros fatores, os que mais determinaram o êxito da campanha contra a ancilostomíase na Costa Rica foram a maturidade de sua rede pública de educação e o plano, previamente elaborado pela comunidade de higienistas costarriquenhos, para multiplicar o poder do incipiente aparato de saúde por meio de um casamento de conveniência com o sistema educativo.

Precedência Periférica

Em abril de 1914, a Costa Rica se tornou o primeiro país latino-americano a dar as boas-vindas a um programa da Fundação Rockefeller, neste caso, um projeto da Comissão Internacional de Saúde para a

erradicação da ancilostomíase. Nos dois anos seguintes, missões similares foram estabelecidas no Panamá, na Guatemala, na Nicarágua e em El Salvador. A Fundação Rockefeller, criada em 1913-1914 como a extensão internacional do trabalho filantrópico que se havia originado nos Estados Unidos, decidira iniciar suas operações por esses países e pelas colônias britânicas do Caribe. De acordo com a historiadora oficial da fundação, isso se deu porque, "assim como as ilhas do Caribe, a América Central seria um bom começo, já que ali podiam ser realizados experimentos em pequena escala, e de maneira comparativamente tranqüila". Além disso, acrescenta ela, "sua posição geográfica e suas relações com os Estados Unidos despertaram na junta um interesse que dificilmente nutriram por algum outro país" (Lewerth, 1949: 2-411).

Apresenta-se-nos, então, uma nefasta imagem imperial: a América Central como um laboratório biomédico secreto e uma zona não diferenciada de importância geopolítica para os Estados Unidos, e sob seu estrito controle. De fato, os programas da Fundação Rockefeller na América Central têm sido representados por alguns pesquisadores como partes de uma imposição acachapante e assimétrica de modelos médicos e de saúde pública estrangeiros. O estudo mais recente da evolução do atendimento médico na Costa Rica apresenta o seguinte quadro desse processo:

> Duas ricas e poderosas organizações estadunidenses, a United Fruit Company e a Fundação Rockefeller despejaram dinheiro, equipamentos, pessoal e saberes técnicos na Costa Rica. Nesse processo, transformaram gradualmente a infra-estrutura de saúde e os modelos de atendimento médico dominantes segundo os critérios etiológicos da teoria dos germes, usando para tanto técnicas de erradicação de enfermidades aperfeiçoadas durante a guerra hispano-americana. (Morgan, 1993:17-18)[3]

Afirmar que a medicina científica e os princípios da higiene moderna baseados na teoria dos germes teriam chegado à Costa Rica como imposições alheias é um erro que pode ser demonstrado por meio de rápida análise da história da pesquisa e do tratamento da ancilostomíase na América Central, particularmente na Costa Rica. Comparada com a experiência estadunidense e da Fundação Rockefeller nessa enfermidade, toda a América Central passa a constituir um excelente exemplo do que estamos chamando 'precedência periférica'. A ancilostomíase havia sido identificada em El Salvador, em 1887, e na Guatemala, em 1889, por um médico de origem alemã, Helmut Prowe. Entre este último ano e 1914,

foram escritas quatro teses sobre a enfermidade nas escolas de medicina de El Salvador e da Guatemala.

Mesmo contando com menos de cem médicos ao fim do século XIX, e carecendo de uma escola de medicina, a Costa Rica contava com um ativo núcleo de médicos cientistas, a maioria treinada na Europa Ocidental, vários em outros países da América Latina e alguns nos Estados Unidos. Já em 1894-1895, o patriarca desse grupo (e ex-presidente da República), o doutor Carlos Durán, junto com outro pesquisador, o doutor Gerardo Jiménez Núñez, haviam identificado a ancilostomíase como uma enfermidade endêmica em certas regiões da Costa Rica. Assim, os médicos da periferia centro-americana descobriram a ancilostomíase muito antes de Charles Wardell Stiles nos Estados Unidos e Bailey Ashford em Porto Rico, os autores das descobertas estadunidenses da enfermidade, em 1900.[4]

À parte um breve programa para tratar as tropas salvadorenhas, nem o governo da Guatemala, nem o de El Salvador iniciaram programas para combater a enfermidade. Na Costa Rica, porém, a partir de uma convocação de Durán em 1907, o governo patrocinou um projeto realizado por dois jovens e ambiciosos médicos, Luis Jiménez e Carlos Alvarado. Sua missão era determinar o grau de extensão da ancilostomíase no país e desenhar um tratamento para enfrentá-la. Com base em suas descobertas, o governo aprovou em 1910 um orçamento anual equivalente a dez mil dólares para submeter a população a testes e tratamentos sistemáticos. Até 1913, quase vinte mil pessoas ao ano haviam experimentado tais tratamentos. O programa costarriquenho realmente adiantou-se à primeira campanha da Fundação Rockefeller para tratar a enfermidade no sul dos Estados Unidos, campanha esta que teve início em 1909, depois que Stiles havia convencido os diretores da entidade filantrópica de que a extensão da ancilostomíase no sul dos Estados Unidos merecia sua atenção.[5]

Os motivos que levaram a Costa Rica a iniciar esse e outros programas de higiene popular foram bastante similares aos que levaram a Fundação Rockefeller a empreender a cruzada contra a ancilostomíase. No nível mais básico, a higiene era, todavia, outro campo onde havia necessidade de educar as massas populares sobre noções fundamentais relacionadas com a razão e com a ciência. E o combate à ancilostomíase era um veículo particularmente bom para isso, pois já havia um tratamento eficaz, ágil e relativamente simples, e o rápido alívio da enfermidade (inegavelmente percebido por quem dela padecia) seria uma excelente forma de propaganda.

Obviamente, havia uma questão econômica envolvida: o *cansancio* estava associado à baixa produtividade dos trabalhadores. Essa preocupação, contudo, era apenas mais um elemento em um projeto de higiene mais amplo que ganhou influência ao ser equiparado ao destino da nação, à pureza da raça, à saúde da economia e à entrada na modernidade.

O compromisso do Estado com os programas de saúde pública, visível desde fins do século XIX, foi promovido sob o curioso lema da 'auto-imigração'. Os grupos preeminentes do país nessa época estavam preocupados com a escassez de mão-de-obra. Além disso, a Costa Rica tinha níveis extremamente elevados de mortalidade infantil, devidos, em grande parte, à disenteria provocada por parasitos e a outras doenças similares. Na retórica do nacionalismo oficial, a população hispânica da Costa Rica havia sido declarada homogênea, praticamente branca e racialmente sã.

Assim, os reformadores da saúde pública foram motivados pelo temor de que, sem um programa terapêutico para maximizar a saúde das classes trabalhadoras, ocorreria uma degeneração racial dentro deste grupo da população sã (e verdadeiramente nacional) que impediria seu crescimento natural. Com a decadência da população, mais tarde seria necessário aceitar a imigração de trabalhadores de grupos que haviam sido classificados como racialmente degenerados: afro-caribenhos, chineses, ciganos, árabes e asiáticos. Assim foi que Cleto González Víquez (duas vezes presidente da República, em 1906-1910 e em 1928-1932) cunhou o termo 'auto-imigração' para referir-se aos esforços pela saúde pública, esforços estes que maximizariam o crescimento endógeno dos setores populares. A famosa frase de Alberdi[N.T. 2] "governar é povoar" havia sido refinada por um temor eugênico: governar passara a ser higienizar (Palmer, 1995).

Em muitos sentidos, porém, essa continuou sendo uma postura de vanguarda promovida por umas poucas figuras políticas influentes e um grupo de ativistas reformadores, já que a maioria dos setores dominantes na Costa Rica a ela resistiu, tanto por seu custo proibitivo como por significar, segundo eles, uma intromissão do Estado em domínios que deveriam permanecer privados. Tal posição extrema também ameaçava subordinar os médicos a uma maior vigilância e regulação estatais, motivo pelo qual a Faculdade de Medicina se opôs às iniciativas mais ambiciosas de saúde pública, ou tratou de solapá-las. Uma resistência muito ruidosa veio

[N.T.2] Juan Bautista Alberdi (1810-1884), filósofo político argentino, referindo-se à necessidade de povoar os pampas.

também de uma parte das Juntas de Caridade, bastiões semi-autônomos de prestígio oligárquico e poder econômico, que administrava os hospitais e os asilos. Não obstante, o fato de que esses esforços em prol da saúde pública (tão incipientes quanto modernos) faziam parte do contexto geral nos recorda que, mesmo em um país tão marginal como a Costa Rica, a obra internacional da Fundação Rockefeller em favor da saúde pública foi redundante em muitos aspectos, tanto epistemológica como programaticamente. E isso permitiu que tal obra fosse relativamente compatível com os projetos elaborados por esses setores de vanguarda do poder público costarriquenho.

Cegueiras Imperiais e Planos Locais

Em vez de agentes de uma onisciente e bem preparada máquina imperial, os representantes da fundação pouco sabiam sobre as descobertas centro-americanas a respeito da ancilostomíase, ignorando, igualmente, o extenso tratamento de tal enfermidade na Costa Rica. O líder da fundação, Joseph White, ficou surpreso quando médicos guatemaltecos e salvadorenhos que ocupavam postos nos programas de saúde pública lhe informaram a respeito da pesquisa sobre a ancilostomíase já realizada em seus países, mesmo que não se tenha deixado influenciar pela opinião de tais profissionais de que essa enfermidade não constituía uma prioridade em seus programas de saúde. Quando chegou à Costa Rica, em maio de 1914, White se surpreendeu ainda mais ao inteirar-se da campanha contra a ancilostomíase ali realizada (apesar de ter-lhe parecido óbvio que o diretor dessa campanha, Jiménez, "fosse, de longe, a pessoa mais apropriada para tratar com a comissão, já que havia sido educado na Filadélfia"). White ignorava também a existência de uma comunidade de médicos cientistas no país, e as alianças e divisões que havia entre eles.[6]

Essa surpreendente falta de preparo deveu-se, provavelmente, a dois fatores. Primeiro, a fundação parece não ter trabalhado estreitamente com os serviços consulares dos Estados Unidos, nem antes, nem depois de se estabelecer nos países anfitriões, talvez para minimizar a percepção de que constituiriam um braço da política externa de seu país na região. Em segundo lugar, indivíduos como White baseavam-se em informações dadas pelos agentes locais da United Fruit Company, que, neste caso, eram "todos amigos pessoais" (White era coronel no Hospital da Marinha, e muitos administradores da United Fruit também haviam servido na Mari-

nha). De fato, na Costa Rica, valeu-se até do gerente local da United Fruit Company para que servisse de intermediário e apresentasse a oferta oficial da Fundação Rockefeller ao ministro – ainda que tal cooperação corporativa tenha fracassado posteriormente, como veremos. Os funcionários da companhia de fruticultura não parecem ter tido grandes conhecimentos dos esforços locais no campo da saúde pública, talvez por terem seu próprio serviço médico, o qual se concentrava principalmente no atendimento aos empregados do enclave.[7]

Do outro lado, os políticos e os ativistas da saúde pública na Costa Rica tinham uma boa idéia do que podiam esperar da Comissão Internacional de Saúde da Fundação Rockefeller. Muitos médicos haviam estudado nos Estados Unidos e lá mantinham contatos profissionais. Na verdade, um médico costarriquenho e membro da elite política, Juan Ulloa, estava na diretoria da Oficina Sanitaria Internacional de la Unión de Repúblicas Americanas desde sua criação em 1902. Ainda que esse órgão fosse mais uma rede de informações que uma entidade programática, permitira que os delegados se familiarizassem com o florescente aparato imperial de saúde pública dos Estados Unidos (seu diretor era o cirurgião geral deste país, cargo equivalente ao de ministro de Saúde). Em 1909, a conferência da Oficina Sanitária Internacional se realizara em San José da Costa Rica, onde funcionários da saúde de toda a América Latina reuniram-se com a comunidade local de médicos ativistas (Jiménez e Alvarado apresentaram relatório sobre seu trabalho contra a ancilostomíase). Assim, os ativistas costarriquenhos de saúde pública tiveram tempo para observar e aferir o colosso imperial, e quando foram procurados pelos funcionários da Fundação Rockefeller já sabiam com quem estavam tratando (Howard-Jones, 1981).[8]

Além disso, por volta de 1914, o ceticismo e a resistência antiimperialista haviam se tornado uma parte significativa e até aceitável da cultura política costarriquenha. O presidente da República no momento em que foi aceita a oferta da Fundação Rockefeller era Ricardo Jiménez, que havia sido amplamente aplaudido (tão recentemente quanto em 1907-1908) por suas denúncias nacionalistas contra a United Fruit Company. O presidente que entrava, Alfredo González Flores, também se revelaria um notável crítico da corrupção da classe política pelos capitalistas estrangeiros, e do *laissez-faire* em geral. González Flores, de fato, tomou medidas contra ambos, ações que contribuíram para sua queda em função do golpe de Estado de Federico Tinoco em 1917.

A hostilidade antiimperialista não era muito discreta. Foi um dos primeiros sentimentos experimentados por Louis Schapiro, o diretor da missão contra a ancilostomíase, logo que chegou à Costa Rica. Ao justificar ante seus superiores a decisão de omitir o nome da Fundação Rockefeller dos papéis oficiais do Departamento de Ancilostomíase, Schapiro observou:

> Dado o sentimento contra os Estados Unidos neste país, pensei que o trabalho poderia ser mais bem recebido se fosse mencionada apenas a Comissão Internacional de Saúde em cooperação com o governo. Há uma desconfiança nacional de tudo que é feito pelos institutos americanos, especialmente quando o trabalho é realizado gratuitamente.[9]

O fato de que o regime de González Flores dera as boas-vindas e trabalhara com a missão Rockefeller teve muito a ver com o próprio Schapiro. Teve muito a ver, também, com as credenciais de um costarriquenho em particular, Solón Núñez, nomeado pelo governo para trabalhar no Departamento de Ancilostomíase. Ambos assumiram o trabalho no campo da saúde com um conhecimento extraordinário das possibilidades oferecidas pela educação pública.

Os Agentes Triplos da República da Saúde Racional

A primeira pessoa enviada à Costa Rica para dirigir a missão contra a ancilostomíase, Henry Carter, teve pouco êxito ao enfrentar a ordem estabelecida localmente; esta foi uma das razões pelas quais, depois de seis meses, deixou o cargo para assumir outro trabalho. Seu substituto foi Louis Schapiro, filho de judeus poloneses que haviam emigrado para os Estados Unidos. Schapiro dificilmente poderia ser caracterizado como o 'estadunidense feio', ainda que sua formação como médico incluísse serviço militar na Guarda Costeira e tivesse servido, entre 1910 e 1913, como funcionário da saúde pública nas Filipinas, então ocupadas por tropas dos Estados Unidos. Schapiro havia aprendido a falar espanhol bastante bem e, segundo seu superior nas Filipinas, Victor Heisner, havia "demonstrado uma habilidade executiva bastante rara" e "um tato igualmente raro no trato com pessoas de toda classe".[10]

Durante os dois anos que antecederam sua chegada à Costa Rica, Schapiro havia trabalhado no Departamento de Saúde Pública de Milwaukee e, como especialista em higiene e medicina tropical, na Marquette University. Judith Walzer descreveu o êxito excepcional que tiveram os

reformadores da saúde pública em tornar Milwaukee conhecida, na segunda década do século XIX, como 'a cidade mais saudável' dos Estados Unidos. Schapiro trabalhou ali depois do breve período de administração socialista da cidade, período em que se consolidara um modelo de ampla mobilização comunitária em prol da saúde popular, fruto de uma coalizão de liberais e esquerdistas para derrotar os políticos tradicionais, que se orgulhavam do rápido crescimento da cidade, mas se opunham às iniciativas no campo da saúde pública (González Flores, 1976; Walzer Leavitt, 1982).

Quando iniciou a organização das unidades de combate à ancilostomíase na Costa Rica, Schapiro começou a se interessar por utilizar o sistema de educação pública como base de mobilização em prol da higiene popular. Ele pode ter sido levado a essa opção por alguma calculada adulação: em abril, quando seu diretor assistente, Carlos Pupo Pérez, fizera uma conferência sobre a ancilostomíase para os professores de San José e suas redondezas, Schapiro se entusiasmara ao ver 174 professores na platéia. Um tal público significava que os inspetores de escola haviam feito um trabalho muito eficiente ao divulgar a conferência (ou ao sugerir aos professores as sanções que sofreriam caso não comparecessem). Seguiu-se, imediatamente, a oferta oficial que o presidente da República e seu irmão Luis Felipe González Flores, então ministro da Educação, fizeram a Schapiro, para organizar e dirigir um Departamento de Saúde Escolar.[11]

Schapiro aceitou esse cargo sem consultar seus superiores, pois acreditava que assim poderia "tornar minha posição aqui mais forte", já que, com o decreto presidencial, "todos os médicos oficiais ficam automaticamente sob o controle deste escritório". Ligeiramente envergonhado, Schapiro insistiu em que "tão logo consigam um costarriquenho competente, eles lhe darão o cargo". Em 2 de junho, Schapiro concluiu um relatório dirigido ao segundo na hierarquia da Comissão Internacional de Saúde Pública, John Ferrell, no qual lhe dizia: "além de um grande prazer pessoal, verifiquei que minha posição foi oficialmente reforçada ao aceitar a direção do Departamento de Saúde Escolar". De fato, assim havia sido. Em 22 de maio, provavelmente sob pressão do governo, a Faculdade de Medicina da Costa Rica, extremamente exclusivista, havia reconhecido Schapiro como membro honorário. Seu predecessor, Carter, se queixara de que os médicos eram "uma corporação fechada, e que faziam tudo a seu alcance para manter os estrangeiros fora do país". Schapiro havia passado aos costarriquenhos a imagem de uma pessoa amistosa, competente e flexível o bastante para supervisionar um projeto local muito ansiado.[12]

Muito antes da chegada da fundação, os reformadores da saúde pública na Costa Rica haviam planejado montar o sistema sanitário sobre a base da altamente bem-sucedida rede de educação pública, o eixo do Estado ético proposto pelos reformadores liberais da década de 1880. Nas palavras do dr. Pupo Pérez que lembram o velho grito de batalha da reforma educacional, essa estratégia sanitária inauguraria "a era da higiene gratuita e obrigatória". O principal obstáculo a ser vencido era a falta de recursos, já que a classe política não estava convencida da necessidade de destinar verbas suficientes. Por volta de 1915, não só o Poder Executivo estava singularmente desprovido de fundos para efetuar essa reforma como a sempre precária situação fiscal do Estado costarriquenho havia se agravado, ainda mais, com o início da recessão associada à Primeira Guerra Mundial. Nessas circunstâncias, Schapiro estava desejoso de assumir tal responsabilidade em nome da Fundação Rockefeller, preenchendo o vazio e atuando como veículo para a realização desse projeto" (Pupo Pérez, 1913:4).

Obviamente, isso não fez de Schapiro um trânsfuga, nem um 'nativo' sem responsabilidade com o programa imperial. A grande autonomia que a fundação dava aos diretores locais foi responsável, e não em pequena escala, pela ampla variedade de encontros latino-americanos com a saúde Rockefeller. A liberdade de improvisação concedida a um diretor era particularmente ampla devido ao 'modelo de demonstração' adotado pela Fundação, segundo o qual seriam estabelecidas nos países anfitriões redes técnicas e institucionais que seriam transplantadas, logo depois, para o os respectivos Estados através de uma transferência gradual da responsabilidade administrativa e fiscal.[13] Não era provável que se questionassem os usos que um diretor fazia de sua autonomia se eles pudessem ser justificados como necessários para assegurar um transplante bem-sucedido. Seriam menos questionados ainda se o trabalho do escritório fosse realizado eficientemente, e o resultado final fosse o cumprimento do objetivo da missão.

Seria um erro, contudo, dar pouca atenção ao grau em que a flexibilidade cultural dos diretores individuais determinou a forma das distintas missões, e, neste particular, Schapiro foi, evidentemente, mais flexível que a maioria. Sua sensibilidade em relação às sociedades anfitriãs foi reafirmada posteriormente, em meados da década de 1920, no Sião. A Fundação Rockefeller foi expulsa pelo governo Tai devido ao sentimento de que a organização obrigava o país a transitar por um caminho pelo qual o governo não desejava avançar. Os Tai permitiram que apenas um funcionário ficasse. Schapiro, de acordo com Heiser, ofereceu-se como voluntário

para essa "ingrata tarefa" e, posteriormente, tornou-se "um favorito sem precedentes no Sião", capaz de impulsionar ambiciosos projetos de engenharia sanitária e de estabelecer uma série de centros de saúde antes de morrer, ali, vítima de uma enfermidade terminal (Heiser, 1936:501). Deveríamos, então, considerar Schapiro como uma espécie de agente duplo, na medida em que promovia os interesses da "medicina imperial" mas, até onde podia, agia em concordância com aqueles setores da classe política do país anfitrião que considerava progressistas.

Schapiro logo conseguiu um sócio costarriquenho para esse jogo duplo: Solón Núñez, um jovem médico nomeado pelo governo, em 1916, como diretor assistente do Departamento de Saúde Escolar. Um ano depois, Núñez foi nomeado por Schapiro subdiretor do Departamento de Ancilostomíase. Núñez foi o costarriquenho-chave nos sete anos que durou o envolvimento direto da Fundação Rockefeller e, posteriormente, atuou como subsecretário de Saúde Pública em 1922 e, mais tarde, como secretário do novo Ministério de Salubridad Pública y Protección Social, em 1927. Sua trajetória é digna de nota, pois não se adapta ao estereótipo do 'colaborador' local, básico para os pressupostos da teoria da dependência e para os teóricos do imperialismo cultural.

Antes de 1913, quando partiu para estudar em Genebra, Núñez fora um membro destacado de um grupo de jovens intelectuais dissidentes, um pouco amargos, que se haviam consagrado à causa do antiimperialismo e da justiça social. De modo geral, esses jovens eram professores dos principais colégios do país e reuniam-se em torno de periódicos radicais e centros culturais dirigidos aos trabalhadores, formando uma rede estreitamente unida que incluía muitos dos mais notáveis intelectuais de esquerda da Costa Rica, como os escritores Joaquín García Monge e Carmen Lyra. Núñez havia lecionado em duas escolas rurais e fora, em seguida, inspetor escolar, tudo isto contribuindo para seu perfil crítico da sociedade dominante ao atuar em publicações como Aurora (1908) e Cultura (1910). Seu ensaio 'Jesús y Tolstoi', de 1911, na revista Renovación, foi considerado por Álvaro Quesada Soto como uma expressão clássica da visão anarquista romântica e social-cristã que animava o projeto dessa geração de ácratas (Frutos Verdecía, 1979).[14]

É pouco provável que Núñez tenha perdido seus princípios antiimperialistas na época em que regressou dos estudos na Suíça e de sua prática médica nos campos de batalha da França. Contudo, para ele, como

para muitas outras pessoas progressistas da época, era claro que havia uma diferença entre o Departamento de Ancilostomíase e a construção de um canal interoceânico sob controle estadunidense ou a anexação do país. O controle direto da Fundação Rockefeller sobre os programas realizados na Costa Rica tinha data prevista de encerramento, por volta de 1921, quando o Estado assumiria domínio completo desses projetos. O plano básico de saúde pública da fundação era, assim, bastante compatível com o que propunham os reformadores costarriquenhos, dado, particularmente, o desejo de Schapiro de integrar a missão com o sistema escolar.

O projeto abria, em seu conjunto, uma via para vencer os obstáculos postos por elementos retrógrados da profissão médica e pela classe política, e podia servir como possível atalho para consolidar um aparato centralizado de saúde pública que Núñez concebia como um avanço socialista sobre o *laissez-faire*. Um trato com Fausto? Alguns diriam que sim, e Núñez foi criticado por devotar-se a seu trabalho com a fundação. Não obstante, Núñez nunca vacilou e, em mais de uma ocasião, defendeu Schapiro com veemência, insistindo em que este era um grande patriota costarriquenho.[15]

Ironicamente, como muitos de sua geração que se haviam nutrido nos trabalhos dos grandes anarquistas, as energias de Núñez se concentraram em apoiar uma liderança imaginativa que expandiu o papel desempenhado pelo Estado. Isso foi o que se verificou, especialmente depois de 1914, quando os jovens González Flores abriram as portas das posições estatais a essa brilhante geração. Tais reformadores tinham a convicção de que, se jogassem suas cartas corretamente, ver-se-iam em postos de controle social quando o transplante fosse plenamente integrado no sistema local. Em muitos aspectos, esse processo foi similar à incorporação de intelectuais progressistas no reformismo estatal estadunidense durante essa época (e, de fato, em todo o mundo) como, no caso dos proponentes da medicina social, ocorreu com Louis Schapiro, por exemplo.

Em certo e importante sentido, contudo, Schapiro e Núñez foram 'agentes triplos', e sua aliança última não era com uma instituição imperial, um Estado nacional, uma burguesia agro-exportadora, ou um complexo médico-industrial segundo o modelo estadunidense. A empatia com eles e com seu comportamento poderia ser mais bem entendida como resultado do sentimento mútuo de que ambos eram cidadãos de uma comunidade política mais transcendente a que chamaremos 'República da Saúde Racional', uma espécie análoga à República das Letras do século XVIII.

Também essa república era universalista e estava consagrada à acumulação de conhecimento sistemático, e seu ideal era a maximização da vitalidade humana por meio da aplicação desse conhecimento. Isso significava um compromisso com a saúde pública no pleno sentido do termo, já que não estava limitado por fronteiras institucionais, nem mesmo pelas do Estado nacional: tratava-se de uma identificação com a humanidade como um todo.

Núñez e Schapiro foram pioneiros de uma rede internacional de instituições de saúde pública dirigidas por intelectuais convertidos em funcionários públicos, por muitos motivos a primeira geração de uma elite global transnacional, burocrática e intelectual que nos é cada dia mais familiar. Ainda que ambos estivessem, provavelmente, conscientes de que essa rede havia sido engendrada pelo capital dos burgueses ladrões, pelos sonhos imperiais das grandes potências e pelas necessidades do comércio e da indústria, e que algo haveria de ser dado em troca de seu apoio, ambos também sabiam que a República da Saúde Racional não se reduzia a essas forças. A carreira internacional na medicina social tinha sua própria lógica, seu próprio erotismo.[16]

Em Campanha

Tanto Lynn Marie Morgan como César García propuseram que as campanhas contra a ancilostomíase tiveram como base, na Costa Rica, os colhedores de café e os trabalhadores dos bananais, e que tais campanhas foram coordenadas com o aparato médico da United Fruit Company e da oligarquia cafeeira. Não houve, porém, uma relação tão direta entre a organização do programa e as necessidades imediatas do capital agrário, estrangeiro ou local. No primeiro ano de operações, as campanhas foram realizadas tanto em comunidades rurais extremamente isoladas em Guanacaste e em Puntarenas, e nas escolas públicas de San José, como em distintas partes do litoral do Pacífico e em algumas regiões do Vale Central dedicadas à cafeicultura. O país foi dividido em uma malha quadriculada e trabalhou-se sistematicamente cada um desses quadros com a intenção de examinar e, se fosse o caso, tratar cada um dos indivíduos aí encontrados.

Nessas áreas, nem o itinerário, nem o método foram determinados pela natureza da produção agrícola local, ainda que as comunidades pudessem apressar a chegada da unidade contra a ancilostomíase, bastando

solicitá-lo e comprometer-se a apoiar seu trabalho. Quanto à United Fruit Company, quando, em julho de 1915, uma unidade inaugurou sua campanha na província de Limón, Schapiro queixou-se a seus superiores em Nova York de que "os administradores da United Fruit Company não pareciam dispostos a cooperar". Schapiro só conseguiu avançar nessa área específica depois de reunir-se com o governador da província e os principais funcionários estatais, com o padre católico e com o cônsul britânico na Costa Rica, que fizeram um apelo público à população e garantiram a cooperação dos "ministros de cor" (Morgan, 1993; García, 1994).[17]

Ainda que a United Fruit tivesse cooperado, teria sido necessário organizar, sempre, uma coalizão complexa. Especialmente no campo, a campanha contra a ancilostomíase foi uma espécie de guerra de guerrilhas entre a cultura do progresso e uma ampla variedade de configurações culturais locais. A maior resistência política veio dos *gamonales*,[N.T. 3] que receavam perder influência, em relação a outros líderes políticos rivais, ao impor aos camponeses os custos da construção de latrinas. A maior resistência ideológica vinha dos empíricos práticos locais e dos curandeiros, que viam em tais campanhas a chegada de um rival que antes se mantinha à distância.

Não obstante, convém não romantizar essa resistência como mera emanação de tradições orgânicas de cura submetidas a calculada perseguição por parte da biomedicina imperial. Os curandeiros herbanários, espirituais e tradicionais constituíam simplesmente uma parte do espectro de curandeiros rurais que incluía, entre outros, o proprietário de loja que fazia bons negócios ao prescrever remédios estrangeiros patenteados para 'enfermidades do sangue', ao vendedor homeopata ambulante e, inclusive, eventualmente, a membros da comunidade local que haviam sido contratados como microscopistas durante a campanha. É interessante destacar também que os aliados mais valiosos das unidades contra a ancilostomíase nas áreas rurais foram os professores das escolas primárias, em muitos casos mulheres. Este crucial segmento progressista, popular, feminino pareceu aceitar com gosto a missão de evangelismo higiênico que as levou a enfrentar as tradições e as estruturas de poder local.[18]

A unidade básica de trabalho consistira em um microscopista e dois inspetores de higiene. No momento de estabelecer a unidade no local,

---

[N.T.3] Gamonal é um termo similar a 'cacique' político, usando-se, às vezes, os dois indistintamente. Segundo Jorge Orlando Melo González, a palavra teria sido usada pela primeira vez em 1830, sem conotação pejorativa, pelo próprio Simon Bolívar, referindo-se a alguns importantes líderes da Nova Granada que apoiavam a ditadura de Urdaneta.

porém, o próprio Schapiro, ou o subdiretor, dirigia a operação e fazia as negociações políticas com as autoridades locais; em seguida, um diretor de campo vigiava o progresso do trabalho. Antes da chegada da unidade eram enviadas cartas ao governador da província, ao chefe político, à municipalidade, ao presidente da junta de educação e, se houvesse algum, ao médico da cidade e a qualquer patrão que empregasse muitos trabalhadores diaristas. Junto com informações genéricas sobre a campanha, essas cartas enfatizavam o importante incremento na produtividade agrícola que resultaria da erradicação da ancilostomíase, a natureza patriótica do projeto e a necessidade de que as autoridades e os cidadãos mais destacados fossem modelos de higiene.[19]

O primeiro passo concreto no lugar era convocar essas autoridades, os clérigos e os que "devido à posição que ocupam na sociedade, na docência, na agricultura, no comércio, nas artes liberais, têm maior influência junto ao povo". Nessa ocasião, reproduzia-se, essencialmente, a reunião que fora feita na casa de Federico Tinoco: Schapiro (ou o subdiretor) fazia uma palestra sobre o ancilóstomo, acompanhada por imagens monstruosas da lanterna mágica, gráficos e documentação. Em tal ambiente, explicava-se a metodologia da campanha e pediam-se sugestões de nome de uma pessoa local, com bom conhecimento da área, que pudesse ajudar a equipe. Também se explicava a nova lei sobre construção obrigatória de reservados e se enfatiza que esta era a principal tarefa profilática a ser realizada. Finalmente, tentava-se conseguir da municipalidade uma promessa de ajuda financeira ou, pelo menos, um compromisso de fornecer animais e alojamentos para a equipe e um local para estabelecer o laboratório de campo, que também servia de dispensário.[20]

Inaugurava-se a campanha oficialmente em cada cantão com a abertura do laboratório na sede cantonal, com discursos oficiais seguidos por uma conferência publica apresentada pelo subdiretor costarriquenho, às vezes acompanhado pelo médico da vila. Independentemente dos esforços do Departamento de Ancilostomíase, as autoridades com freqüência faziam todo o possível para transformar a ocasião em uma festa cívica. Quando se inaugurou o laboratório no cantão cartaginês de Paraíso, em setembro de 1915, estiveram presentes o presidente da República, o ministro da Guerra e o governador de Cartago, cercados por 60 professores. A platéia chegou a mais de 500 pessoas e, segundo Schapiro, demonstrou 'muito entusiasmo'.

A inauguração do laboratório em Libéria, em maio de 1916, foi assistida por mais de 800 pessoas, e "o comandante das tropas desta província enviou a banda militar para alegrar a reunião". A conferência do subdiretor (que, neste caso, foi o dr. Mauro Fernández, filho do grande reformador da educação pública), foi precedida por discursos do governador, do inspetor das escolas e de um pároco que instou o povo a esquecer sua desconfiança histórica do ianque para abraçar essa nova fase da ajuda internacional dos Estados Unidos. Como observou Schapiro depois das aberturas dos laboratórios em Pacayas, Juan Viñas e Capellades de Cartago, em agosto de 1917, "o entusiasmo do público" e os eventos tinham toda a aparência de "festas públicas".[21]

Mesmo em lugares demasiado pequenos para merecer ou produzir semelhante alvoroço, a população era convocada para a palestra na igreja ou na escola, e comparecia com seus trajes domingueiros, toda a família em conjunto. Em lugares onde não havia bandas militares, "a presença do povo à reunião era garantida com exibições cinematográficas e projeções dos parasitos intestinais, mostrando seu ciclo de vida, os estragos que causam, etc."[22] Solón Núñez observou em 1920 que, nas conferências públicas, "nem sempre o que fala pode adaptar-se à capacidade intelectual de todos que ouvem".[23]

Eram cerimônias oficiais, motivo pelo qual seu efeito didático importava menos que seu papel representativo do conhecimento erudito e oficial; davam, porém, maior poder simbólico ao trabalho prático e mais corriqueiro que se realizaria depois.

Núñez explicou que o trabalho educativo mais eficaz era feito posteriormente, em visitas domiciliares, "sobretudo se o inspetor de higiene fosse pessoa hábil, capaz de insinuar-se no ânimo das pessoas sensíveis do povo". Uma maior comunicação era mais provável nesses encontros mais íntimos, já que o inspetor era, geralmente, alguém de uma classe social mais popular, inclusive, que a dos microscopistas, muitas vezes recrutados na população local. Além disso, em muitos casos, a pessoa que os ajudava era especialista, precisamente, em ensino. Como explicou Núñez em 1921, "o pessoal docente é o mais interessado nas campanhas de saneamento e em muitas ocasiões eles mesmos acompanham os empregados do escritório em suas visitas domiciliares".[24]

No transcurso das visitas, fazia-se um recenseamento completo do lugar, dando um número a cada casa e registrando todos os membros da

família. Distribuía-se literatura sobre a ancilostomíase, com conceitos básicos de higiene e instruções para construção de um reservado, junto com uma cópia da lei de 1915 sobre a sua edificação obrigatória. Esse processo educativo teve também uma importante dimensão de educação corporal. Os inspetores colhiam sangue de cada indivíduo para exame e deixavam frascos para amostras de fezes, as quais eram recolhidas posteriormente. Evidentemente, essas visitas foram penetrações da cultura oficial na vida mais privada da população e, até, em seus próprios corpos. Em que pese a presença de um conhecido do lugar e dos esforços preparatórios, havia muito ressentimento e temor entre as pessoas. Afora qualquer outra coisa, o custo de construir um reservado segundo os regulamentos oficiais ultrapassava os recursos de uma grande parcela dos setores populares, e o apoio da municipalidade no fornecimento de materiais a essa gente foi ínfimo. Os curandeiros lutaram contra as campanhas ao disseminar rumores preocupantes sobre os exames e os remédios, e ao insinuar que os objetivos reais dessas visitas e tratamentos permaneciam ocultos (por exemplo, que o Estado iria cobrar-lhes os remédios depois).

Aqueles cujos exames davam resultados positivos recebiam um papel com seu número de registro e seu nome impressos, explicando-lhes o procedimento a seguir. Na véspera de seu tratamento, recebiam uma dose do sal Epsom para purgar-se e eram obrigados a fazer jejum. No dia seguinte, tinham de apresentar-se, pela manhã, logo cedo, no dispensário. De modo geral, o dia escolhido era o domingo, o que deu uma certa ressonância religiosa a essa 'missa médica'. Recebiam ali duas doses iguais de timol ou de óleo de quenopódio (anti-helmínticos), uma às seis e outra às oito da manhã, em muitos casos das mãos dos próprios higienistas. Duas horas mais tarde, recebiam outro purgante salino. Enquanto esperavam sua cura, podiam comprovar a presença dos parasitos em suas fezes por meio do microscópio. Vários dias depois, os inspetores tornavam a repetir os exames de sangue e de fezes e a administrar pelo menos um tratamento a mais, e assim até que se pudesse dar com certeza um diagnóstico oficial de que estavam curados. A campanha terminava com um último esforço para obrigar os renitentes a construir um reservado.

Na luta pela implantação do reservado, houve uma tentativa concertada de converter as escolas em 'casas-modelo'. Em julho de 1915, o Departamento de Saúde Escolar mandou uma circular às juntas de educação do país exigindo que todas as escolas tivessem um reservado e que os alunos "aprendessem a usá-lo". Menos de um ano depois, em maio de

1916, Schapiro foi convidado especial na inauguração de uma latrina na escola pública de Acosta, acontecimento que mereceu a declaração de um feriado escolar e atos oficiais. Ainda que não se saiba quão eficaz foi essa iniciativa em âmbito nacional, o relatório do Departamento de Ancilostomíase de 1917 menciona que na escola principal de Escazú fora construída uma fossa séptica "a título de ensaio, havendo dado bons resultados".[25]

Quanto ao Departamento de Saúde Escolar em si, era formalmente uma seção subordinada à direção do programa contra a ancilostomíase. O governo deu verbas para um diretor, médicos em tempo parcial e assistentes sanitárias em tempo integral. Estas últimas, recrutadas entre as professoras, foram treinadas em enfermagem. Como o trabalho de saúde escolar estava tão entrelaçado com as atividades de propaganda do programa contra a ancilostomíase, os recursos da Fundação foram empregados também para mantê-lo centralizado administrativamente, e para subsidiar seu constante trabalho com os professores, o qual incluía sessões periódicas de treinamento e o fornecimento de literatura e materiais para sala de aulas. Como fazia diagnósticos e dava prescrições médicas às crianças pobres, a seção de saúde das escolas foi a primeira instituição concreta de trabalho social na Costa Rica. As assistentes sanitárias visitavam cada vez mais as casas, não se resumindo a inspeções de escolas. Em 1921, a saúde escolar recebeu uma proporção maior do orçamento total do Departamento de Ancilostomíase que aquela destinada ao programa desenhado para tratamento da enfermidade propriamente dita.[26]

Nacionalismo e Soberania

A maioria das explicações sobre a dinâmica entre a medicina Rockefeller e o nacionalismo retratam-na em termos negativos, vale dizer, nos termos dos estampidos nacionalistas provocados pelas missões nos países anfitriões. Em uma perspectiva diferente, Armando Solórzano demonstrou que, em Veracruz, o trabalho contra a febre amarela da fundação fez muito para legitimar o governo revolucionário de Obregón, e que em sua extraordinária colaboração com o governo socialista de Iucatã, o esforço da fundação, sem que a isto se propusesse, preparou o caminho para a integração nacional. No entanto, os trabalhos da fundação podem ter desempenhado um papel ainda mais íntimo e complementar na produção da comunidade nacional (Solórzano, 1994).[27]

Em 1915, Schapiro havia fornecido volumosa literatura sobre higiene para que fosse usada pelo Ministério da Educação. O ministro respondeu com sua integração no currículo, com meia hora semanal: "o dia e a hora devem ser uniformes em todo o país... Para instrução dos alunos com base nessa literatura".[28] A imagem dessa educação simultânea evoca a análise de Benedict Anderson da nação como um grupo de pessoas anônimas transformadas em uma comunidade política pela experiência de compartilhar processos idênticos. O veículo para esses rituais não precisa ser de origem autóctone, como deixa perfeitamente claro o emprego dessa literatura imperial.

Os recursos materiais e a escala do programa levado a cabo pela Fundação Rockefeller tornaram possível essa concretização de uma experiência nacionalista em toda a república. Em um sentido mais geral, à medida que o programa de higiene se entrincheirou nas escolas primárias de todo o país, a distinção entre higiene física e moral ficou cada dia mais difusa, e ambas foram unidas aos valores nacionais. Ser um bom costarriquenho tornava-se cada vez mais difícil se não se defecasse em um reservado inodoro, banhasse-se uma vez ao dia e se passasse por exames e processos de purificação científica aplicados pelo Estado. A imagem mais surrealista de tudo isso foi apresentada por Solón Núñez em 1931, quando afirmou que virtualmente todo costarriquenho havia sido examinado pelo menos uma vez na vida para ver se padecia de ancilostomíase. Ao exaltar a incorporação desse ritual pelos setores populares, Solón Núñez observou que havia "uma contínua corrente de gente fazendo filas nos laboratórios para conseguir que suas fezes fossem examinadas".[29]

À medida que o Estado assumiu uma maior carga orçamentária com respeito ao Departamento de Ancilostomíase, e que tal entidade demonstrou que podia coordenar-se a si mesma e ser eficaz, uma sucessão de governos deu-lhe autoridade cada vez maior sobre os assuntos da saúde pública. Em contrapartida, a Faculdade de Medicina e o Conselho Superior de Saúde Pública, uma organização *ad hoc* dominada por membros do corpo médico e das associações de caridade, perdeu boa parte da confiança e do prestígio públicos, especialmente em vista da caótica resposta que deram à desastrosa pandemia de influenza de 1919-1920, que ceifou a vida de mais de dois mil costarriquenhos.

Em 1920, às vésperas da assunção da responsabilidade financeira e do controle administrativo do Departamento de Ancilostomíase pelo Estado

costarriquenho, Schapiro e Núñez se reuniram com o gabinete do novo governo de Julio Acosta, sucessor da ditadura dos Tinoco (1917-1919), e conseguiram selar um acordo secreto para transformar tal departamento na Subsecretaria de Higiene e Salubridade Pública, encabeçada por Núñez. Concordaram também que era necessário aprovar uma nova legislação para suprimir a jurisdição que a Faculdade de Medicina legalmente detinha. Em compensação, Schapiro garantiu apoios adicionais da Fundação Rockefeller para montar laboratórios de saúde pública em San José, treinar pessoal e levar a cabo outros projetos pilotos. Assim, o momento de maior subversão da soberania costarriquenha pela Fundação Rockefeller foi também o momento que garantiu que a jurisdição do Estado se estendesse a um domínio onde não se havia consolidado até então.[30]

Comparações Centro-americanas

Nosso conhecimento das campanhas contra a ancilostomíase na Guatemala, no Panamá, na Nicarágua e em El Salvador baseia-se em uma evidência mais fragmentária que a que utilizamos para análise do caso costarriquenho. Fica claro, contudo, que o trabalho realizado nesses quatro países esteve longe de alcançar a cobertura conseguida na Costa Rica, mesmo em termos absolutamente numéricos. Até 1921, a missão costarriquenha havia examinado 277.000 indivíduos (cerca de 70% da população), havia inspecionado quase 50.000 casas e supervisionado a construção de 16.000 latrinas. Na Nicarágua, em El Salvador e na Guatemala, apenas cerca de 150.000 indivíduos foram examinados em cada país (no primeiro caso, 25% da população e 8% nos outros dois). Além disso, apenas 15.000 casas foram inspecionadas e 3.000 latrinas construídas em cada uma dessas nações.

O principal fator que explica o êxito do trabalho na Costa Rica, vale dizer, um extenso sistema de educação pública, estava ausente nos outros países centro-americanos. A importância desse fator reflete-se nos dados sobre o uso da infra-estrutura escolar e de alfabetização popular pela missão costarriquenha, que superam em muito a extensão do trabalho similar realizado nas outras nações da América Central. Até 1921, enquanto na Costa Rica haviam sido realizadas quase mil conferências em salas de aulas, na Guatemala foram realizadas menos de 200, e em El Salvador, menos de 50. Quase 300.000 exemplares de folhetos sobre higiene foram

distribuídos na Costa Rica, e menos de 70.000 na Guatemala e em El Salvador, apesar de as populações destes países serem cinco vezes maiores que as da Costa Rica, à época.[31]

Além disso, os diretores de missão nesses outros países centro-americanos foram incapazes de transformar suas instituições na base de departamentos nacionais de saúde pública. Tampouco houve evidência de alianças estratégicas entre setores progressistas da *intelligentsia* local e as missões Rockefeller do tipo que foi tão crucial para o encontro costarriquenho com a saúde imperial. Outro fato, em correspondência com o anterior, é que as missões no restante da América Central não foram capazes de trocar sua imagem pública como entidades estrangeiras (e, portanto, suspeitas) por outra que fosse mais funcional para a sociedade anfitriã.

É de se notar que, quanto maior era a influência dos Estados Unidos sobre um país, menos sucesso teve o trabalho de saúde pública empreendido pela instituição filantrópica imperial. Apesar de não termos dados sobre o Panamá, fica claro nos relatórios que a missão foi considerada um fracasso, essencialmente porque não houve um sistema local de saúde com o qual pudesse trabalhar. As autoridades estadunidenses do Canal tinham jurisdição sobre a saúde pública em Colón e na cidade do Panamá, e seus principais esforços se concentraram na erradicação da febre amarela e na manutenção da água potável. As autoridades do Canal não estavam interessadas na campanha contra a ancilostomíase nas áreas urbanas e rurais, e o governo panamenho não estava interessado em investir dinheiro ou pessoal no projeto Rockefeller enquanto o controle sobre os assuntos de saúde pública estivesse primordialmente em mãos estadunidenses.[32]

Na Nicarágua, o outro satélite dos Estados Unidos, a situação não foi muito melhor em termos da inserção da missão no sistema local de saúde pública. Em particular, o segundo diretor, Daniel Molloy, levou a cabo uma ambiciosa campanha nas partes mais populosas do país que parece ter tido algum êxito em conseguir que os setores populares, especialmente a gente indígena de Matagalpa, aceitassem o trabalho da missão. Nunca houve apoio, nem do governo, nem da comunidade médica, nem dos reformadores sociais. A divisão histórica do país entre os grupos governantes de León e Granada foi reproduzida no nível da medicina e da saúde pública, já que cada cidade tinha sua própria escola médica e o governo central reconhecia duas juntas nacionais de saúde (uma de cada um dos poderes dominantes). Nenhum grupo esteve particularmente interessado em

apoiar o trabalho contra a ancilostomíase, nem o próprio governo central. De fato, freqüentemente se menciona uma sabotagem aberta ao trabalho da missão por parte desses grupos e a realização de campanhas para assegurar que sua atuação fosse equiparada com a presença dos Estados Unidos no país.[33]

Na Guatemala, e apesar dos estreitos vínculos entre Estrada Cabrera e o governo dos Estados Unidos, a missão foi friamente recebida pelo Señor Presidente e pela comunidade médica local. O projeto guatemalteco parece ter sido o realizado de forma mais inepta pela Fundação na América Central. Sem praticamente qualquer assistência do governo, e com uma liderança pouco ambiciosa, o trabalho contra a ancilostomíase concentrou-se quase que exclusivamente nas encostas agro-exportadoras do Sul e nas planícies costeiras. Alguns grandes produtores concordaram em apoiar o trabalho da missão em suas propriedades e em construir latrinas, em uma tentativa de melhorar o rendimento da força de trabalho. Unicamente em El Salvador o trabalho contra a ancilostomíase (que só começou em 1916) alcançou um grau de desenvolvimento suficiente para que se possa admitir que eventualmente poderia ter rivalizado com o alcance da campanha costarriquenha. Ainda que não seja possível identificar o motivo disso devido à escassez de informações, vale a pena assinalar que poderia estar relacionado com a existência ali de uma rede de reformadores positivistas que se tornaria bem visível durante as mobilizações políticas populares da década de 1920.[34]

Conclusão

A campanha costarriquenha foi o único caso na América Latina em que o trabalho contra a ancilostomíase atingiu sua meta original de agir como catalisador para criar uma entidade estatal centralizada de saúde pública. Em seu relatório de 1921 sobre o programa costarriquenho, Schapiro insistiu em que “a organização e direção do Departamento de Saúde Escolar foi (...) o primeiro passo para centralizar as entidades de saúde pública com vistas à formação de um Departamento Nacional de Saúde”. Vale dizer, foi essa drástica reorientação do plano Rockefeller para o âmbito da educação pública, iniciada pelo Estado costarriquenho e tornada possível pela predisposição própria e autonomia de ação de Schapiro, o que levou ao “êxito” da missão.[35]

Não há dúvida de que, na missão contra a ancilostomíase, os recursos e o prestígio da Fundação Rockefeller foram empregados para ampliar a influência dos Estados Unidos, e, até, para desrespeitar a soberania costarriquenha. Tampouco há dúvida de que isso foi parte de um plano imperial para expandir a rede de propaganda a favor de sistemas centralizados de saúde pública e para promover a idéia da medicina curativa ao lado de um modelo mais preventivo. Todavia, assinalamos que o Estado costarriquenho foi capaz de fundir o programa contra a ancilostomíase com suas próprias políticas anteriores de saúde pública, ao redirecionar as energias da fundação, originalmente voltadas para uma perspectiva mais limitada, em função de impulsionar a higiene por intermédio do sistema educativo.

Em uma época de crise fiscal, os recursos do império foram utilizados para expandir o domínio do Estado e para difundir o nacionalismo costarriquenho entre a população rural. A comissão contra a ancilostomíase mostrou-se desejosa de aliar-se a alguns dos principais antiimperialistas da Costa Rica, e a disposição de Louis Schapiro aumentou a capacidade de tal comissão em fazê-lo. Os fundos e o pessoal da Fundação também ajudaram a vencer a resistência de setores e instituições influentes da política, do comércio e da medicina que se opunham a uma política social estatal que era, então, defendida por uma vanguarda de reformadores da saúde pública. No processo, um número extraordinário de costarriquenhos (cerca de 70% da população havia sido examinada até o ano de 1921) recebeu lições práticas e teóricas na moderna ciência da higiene, tendo a metade experimentado a "cura" de uma enfermidade debilitante graças à intervenção da medicina estatal.[36] Vinte anos antes do inicio do sistema de seguridade social, a maioria dos costarriquenhos já haviam saboreado 'a era da higiene gratuita e obrigatória'.

Notas

[1] 'Schapiro to Rose', 28 out. 1915. Arquivos da Fundação Rockefeller (doravante, RAC – Rockefeller Archive Center), RG 5, Série (S) 1, Livro (B) 7, Pasta (F) 107.

[2] Uma recente coletânea de ensaios sobre o encontro da Fundação Rockefeller com a América Latina, na qual a fundação é o principal objeto de análise, é Cueto (1994). Essa coletânea vai além das acusações, freqüentemente simplistas em seu antiimperialismo e anticapitalismo, que caracterizam o trabalho de uma geração anterior de pesquisadores da filantropia estadunidense, em particular Berman (1983) e Brown (1979). Para um exemplo mais recente, ver: Hewa (1994). Dois trabalhos que se afastaram da linha anterior ao procederem a leituras mais criativas das atividades filantrópicas são: Bullock (1980) e Ettling (1981).

[3] Para repercussões desse ponto de vista, ver: García (1994: 112-113) e Mora Agüero (1991: 23-24).

[4] Sobre as descobertas centro-americanas, ver: Núñez (1923). Algumas das teses figuraram em Asturias (1958:242-253 e 431-434). Com respeito ao número de médicos na Costa Rica, ver: Dobles Segreda (1936:384-402). Sobre Ashford e Stiles, ver: Ettling (1981:29-32).

[5] A resposta de Durán encontra-se no Archivo Nacional de Costa Rica. Policía. Exp. 977 (1907). Para um resumo inicial da campanha costarriquenha, ver: 'Jiménez to White', 28 maio 1914, RAC, Record Group 5, S 1.2, B 6, F 87. Sobre os esforços de Stiles, ver: Ettling (1981:38-43). O caso colombiano é um interessante ponto intermediário a esse respeito, já que os médicos locais identificaram a enfermidade em 1905 e pressionaram o governo para iniciar uma campanha de tratamento dos trabalhadores dos setores da cafeicultura e da agroindústria açucareira, ainda que com êxito limitado (os esforços sistemáticos da Fundação Rockefeller contra a ancilostomíase começaram, ali, em 1920). Ver: ABEL (1995:350-351). Julyan G. Peard (1997) discute os esforços brasileiros, ainda anteriores, para diagnosticar e tratar a ancilostomíase em um pioneiro artigo sobre a medicina social brasileira.

[6] Sobre a Guatemala, 'White to Rose', 7 abr. 1914; sobre El Salvador, 'Report from dr. P. A. Villacorta', como um apêndice do 'White to Rose', 25 maio 1914; e sobre a Costa Rica, 'White to Rose', 25 maio 1914; todos in RAC, S 1.2, B 6, F 86 y 87.

[7] 'White to Rose', 3 jun. 1914; e 'Alvaradez [sic] to White', 14 abr. 1914; in RAC, RG 5, S 1.2, B 6, F 86 y 87.

[8] O resultado da conferência de San José foi publicado como Actas de la Cuarta Conferencia Sanitaria Internacional de las Repúblicas Americanas em 1910. Contudo, o pessoal da Comissão Internacional de Saúde não tinha lido essa publicação antes de chegar à América Central.

[9] 'Schapiro to Ferrell', 20 abr. 1915, RAC, RG, S 1.2, B 7, F 106.

[10] 'Rose to White', 5 out. 1915 e 10 out. 1915, RAC, RG 5, S 1.2, B 6, F 88.

[11] 'Schapiro to Ferrell', 22 abr. 1915, RAC, RG 5, S 1.2, B 7, F 106; 'Luis Felipe González Flores to Schapiro', 7 maio 1915, RAC, RG 5, S 1.2, B 7, F 106.

[12] 'Schapiro to Ferrell', 7 maio 1915; 'Schapiro to Ferrell', 2 jun. 1915, tudo em: RAC, RG 5, S1.2, B 7, F 106.

[13] Um bom balanço do 'modelo de demonstração' pode ser encontrado em Abel (1995:341).

[14] A obra de Frutos Verdecía oferece uma biografia básica e uma seleção dos escritos de Núñez. A importância de seu anarquismo juvenil é discutida por Quesada Soto (1988:167-168).

[15] Para uma defesa de Schapiro por Núñez, ver: Oficial (1928:XI).

[16] Nossa discussão sobre a República das Letras e de sua relação com as propostas de Kant referentes ao uso público da razão procede de Chartier (1991:24-27).

[17] Para um bom balanço da maneira como a campanha foi empreendida, ver: Informe de la Sub-secretaría de Higiene y Salubridad Pública. Oficial (1924:257-281). 'Schapiro to Ferrell', 8 jul. 1915, RAC, RG 5, S 1, 2, B 7, F 107.

[18] Sobre o papel dos professores, ver Informe del Departamento de Ankylostomiasis, 1921. Oficial (1922:231-233).

[19] Exemplos de cada uma das campanhas no cantão de Jiménez em 1917 encontram-se in ANCR. Policía. Exp. 6475, ff. 119-124.

[20] Conferência com as autoridades e pessoas influentes da localidade, RAC, RG 5, S 2, B 29, F 175.

[21] 'Schapiro to Rose', 30 set. 1915, RG 5, S 1, B 7, F 107; 'Schapiro to Rose', 22 maio 1916, RG 5, S 1.2, B 29, F 451; 'Schapiro to Ferrell', 4 ago. 1917, RG 5, S 1.2, B 29, F 702.

[22] *Informe del Departamento de Ankylostomiasis*, 1919. p.223. Para fotografias de uma conferência, com um público de cerca de 150 pessoas, todas bem vestidas e reunidas em frente à igreja, ver: Report on Hookworm Relief, 1919. p.15.

[23] *Informe del Departamento de Ankylostomiasis*, 1920. p.274.

[24] *Informe del Departamento de Ankylostomiasis*, 1920. p.274. *Informe del Departamento de Ankylostomiasis*, 1921. p.232-233.

[25] Circular from Departamento de Sanidad Escolar to heads of Juntas de Educación, 21 jul. 1915, RAC, RG 5, S 1.2, B 7, F 107; 'Schapiro to Rose', 22 maio 1916, RAC, RG 5, S 1.2, B 29, F 451; ANCR. Policía. Exp. 6475, f. 22.

[26] Essa visão de conjunto da evolução do Departamento de Sanidade Escolar baseia-se nos relatórios anuais do Departamento de Ancilostomíase incluídos nas Memorias de Gobernación y Policía del Período 1915-1922. A informação orçamentária de 1921 é do: dr. F. F. Rusell, Report of Inspection of Costa Rica (1921), RAC, RG 5, S 2,2, B 41, F 244, 2. Para uma análise mais detalhada dos vínculos entre instituições de saúde pública e outras entidades emergentes de supervisão moral, ver: Palmer (1996).

[27] Uma excelente análise das – freqüentemente – inesperadas manifestações nacionalistas que motivaram a pesquisa biomédica na América Latina encontra-se em Cueto (1987).

[28] 'Report of Quarter Ending March 31, 1915', RAC, Record Group 5, Series 1.2, Box 7, Folder 106.

[29] Report of Quarter Ending March 31, 1915, RAC, RG 5, S 1.2, B 7, F 106; Anderson (1991:35-36); Palmer (1992); Oficial (1932:9).

[30] Schapiro, L. Hookworm campaign in Costa Rica (1921). RAC, RG 5, S 2, B 28, F 168, 2.

[31] Para Costa Rica, ver Informe del Departamento de Ankylostomiasis. p.269, 275. Para Nicarágua, ver: Relief and Control of Hookworm Disease in Nicaragua. RAC, RG 5, S 2, B 34, F 202, p. 20-21, 27. Para El Salvador, ver: Relief and Control of Hookworm Disease in El Salvador. RAC, RG 5, S 2, B 36, F 218, p. 12, 19, 21. Para a Guatemala, ver: Relief and Control of Hookworm Disease in Guatemala. RAC, RG 5, S 2, B 31, F 194, p. 5, 10.

[32] Report of Inspection by dr. F. F. Rusell. p.4; García (1994:115). Sintomático disso é que o programa contra a ancilostomíase não recebesse sequer uma menção nas memórias do chefe da saúde pública da Zona do Canal durante esse período (Chamberlain, 1929).

[33] Relief and Control of Hookworm Disease in Nicaragua. p.32-34; Report to Rose from Managua, RAC, RG 5, S 2, B 34, F 201; García (1994:113). Para repercussões desse ponto de vista, ver: García (1994:112-113) e Mora Agüero (1991:23-24).

[34] Relief and Control of Hookworm Disease in Guatemala. Report and Control of Hookworm Disease in Salvador, p.23-25. García (1994:111) destaca a existência de um grupo de intelectuais médicos estatais em El Salvador, tão cedo quanto durante a passagem do século XIX para o XX.

[35] Schapiro, L. Hookworm campaign in Costa Rica (1921). RAC, RG 5, S 2, B 28, F 168, 2. p.2.

[36] *Informe del Departamento de Ankylostomiasis*, 1921. p.269.

Arquivos

Rockefeller Archive Center, Sleepy Hollow, New York, EUA.

Fontes Não Publicadas

LEWERTH, C. *Source Book for a History of the Rockefeller Foundation*. Rockefeller Archive Center, 1949 mss. 21v.

Referências Bibliográficas

ACTAS DE LA CUARTA CONFERENCIA SANITARIA INTERNACIONAL DE LAS REPÚBLICAS AMERICANAS. Washington, D. C.: Unión Panamericana, 1910.

ABEL, C. External philanthropy and domestic change in Colombian health care: the role of the Rockefeller Foundation, ca. 1920-1950. *Hispanic American Historical Review*, 75(3):339-366, 1995.

ANDERSON, B. *Imagined Communities: reflections on the origin and spread of nationalism*. 2.ed. London: Verso Editions, 1991.

ASTURIAS, F. *Historia de la Medicina en Guatemala*. 2.ed. Guatemala: Editorial Universitaria, 1958. [1.ed. 1902]

BERMAN, E. H. *The Influence of the Carnegie, Ford and Rockefeller Foundations on American Foreign Policy: the ideology of philanthropy*. Albany: State University of New York Press, 1983.

BROWN, R. E. *Rockefeller Medicine Men: medicine and capitalism in America*. Berkeley: University of California Press, 1979.

BULLOCK, M. B. *An American Transplant: the Rockefeller Foundation and Peking Union Medical College*. Berkeley: University of California Press, 1980.

CHAMBERLAIN, W. P. *Twenty-five Years of American Medical Activity on the Isthmus of Panama 1904-1929: a triumph of preventive medicine*. Canal Zone: Panama Canal Press, 1929.

CHARTIER, R. *The Cultural Origins of French Revolution*. Durham and London: Duke University Press, 1991.

CUETO, M. (Ed.) *Missionaries of Science: the Rockefeller Foundation in Latin America*. Bloomington e Indianapolis: Indiana University Press, 1994.

CUETO, M. *Nacionalismo y ciencias médicas en el Perú*. Quipu, 4(3):327-355, set.-dez. 1987.

DOBLES SEGREDA, L. *Indice Bibliográfico de Costa Rica*, t. IX. San José: Imprenta Lehmann, 1936.

ETTLING, J. *The Germ of Laziness: Rockefeller philanthropy and public health in the New South*. Cambridge, Mass.: Harvard University Press, 1981.

FRUTOS VERDECÍA, J. B. *Dr. Solón Núñez Frutos*. San José: Ministerio de Cultura, Juventud y Deportes, 1979.

GARCÍA, J. C. *Pensamiento social en salud en América Latina*. México: Interamericana McGraw Hill/Organización Panamericana de Salud, 1994.

GONZÁLEZ FLORES, L. F. *Historia de la Influencia Extranjera en el Desenvolvimiento Educacional y Científico de Costa Rica*. San José: Editorial Costa Rica, 1976.

HEISER, V. *An American Doctor's Odyssey*. New York: W. W. Norton, 1936.

HEWA, S. The hookworm epidemic on the plantations in colonial Sri Lanka. *Medical History*, 38(1):167-183, jan. 1994.

HOWARD-JONES, N. *The Pan-American Health Organization: origins and evolution*. Geneva: World Health Organization, 1981.

MORA AGÜERO, J. C. *Las Juntas Progresistas: organización comunal autónoma costarricense, 1921-1980*. San José: Editorial PEC91, 1991.

MORGAN, L. *Community Participation in Public Health: the politics of primary care in Costa Rica*. Cambridge, New York: Cambridge University Press, 1993.

NÚÑEZ, S. La ankylostomiasis. *Boletín de la Subsecretaría de Higiene y Salud Pública*, 1(1):11-15, maio 1923.

OFICIAL, Memoria del Ministerio de Gobernación y Policía. 1921. San José: Imprenta Nacional, 1922.

OFICIAL, Memoria del Ministerio de Gobernación y Policía. 1923. San José: Imprenta Nacional, 1924.

OFICIAL, Memoria de la Secretaría de Salubridad Pública y Protección Social. 1927. San José: Imprenta Nacional, 1928.

OFICIAL, Memoria de Salubridad Pública y Protección Social, 1931-1932. San José: Imprenta Nacional, 1932.

PALMER, S. Sociedad anónima, cultura oficial: inventando la nación en Costa Rica (1848-1900). In: MOLINA, I. & PALMER, S. (Eds.) *Héroes al Gusto y Libros de Moda: sociedad y cambio cultural en Costa Rica (1750/1900)*. San José: Plumsock Mesoamerican Studies y Editorial Porvenir, 1992. p.169-205.

PALMER, S. Hacia la auto-inmigración: el nacionalismo oficial en Costa Rica (1870-1930). In: TARACENA, A. & PIEL, J. (Comps.) *Identidades Nacionales y Estado Moderno en Centroamérica*. San José: Editorial de la Universidad de Costa Rica, 1995. p.75-85.

PALMER, S. Confinement, policing and the emergence of social policy in Costa Rica, 1880-1935. In: SALVATORE, R. & AGUIRRE, C. (Eds.) *The Birth of the Penitentiary in Latin American: essays on criminology, prison reform and social control, 1830-1940*. Austin, University of Texas Press, 1996. p.224-253.

PEARD, J. G. Tropical disorders and the forging of a Brazilian medical identity, 1860-1890. *Hispanic American Historical Review*, 77(1):1-44, fev. 1997.

PUPO PÉREZ, C. *Nuestras Enfermedades Evitables: principios de higiene que nadie debe ignorar*. San José: Imprenta Alsina, 1913.

QUESADA SOTO, A. *La Voz Desgarrada: la crisis del discurso oligárquico y la narrativa costarricense, 1917-1919*. San José: Editorial de la Universidad de Costa Rica, 1988.

SOLÓRZANO, A. The Rockefeller Foundation in revolutionary Mexico: yellow fever in Yucatan and Veracruz. In: CUETO, M. (Ed.) *Missionaries of Science: the Rockefeller Foundation in Latin America*. Bloomington, Indianapolis: Indiana University Press, 1994. p.52-71.

WALZER LEAVITT, J. *The Healthiest City: Milwaukee and the Politics of Health Reform*. Princeton: Princeton University Press, 1982.

Poder, ideologias e saúde no Brasil da Primeira República: ensaio de sociologia histórica

Luiz Antonio de Castro Santos

Posto antiverminose em São Felix, Bahia, 1922. Acervo da Casa de Oswaldo Cruz/ Fundação Oswaldo Cruz.

Posto de saneamento rural em Ribeirão, Pernambuco. Belisário Penna é o terceiro a partir da direita. Acervo da Casa de Oswaldo Cruz/Fundação Oswaldo Cruz.

Um dos dramas da história social no limiar do século XX envolvia a tripulação dos *steamships*, exposta às 'doenças pestilenciais' nos portos de todo o mundo. A partir da criação das inspetorias de saúde dos portos, recaíam sobre os tripulantes (não apenas sobre os passageiros e cargas) as medidas sanitárias preconizadas pelas novas doutrinas sobre a transmissão e propagação das doenças. Tomem-se os anos anteriores à eclosão da Primeira Guerra e imaginemos, aportando no Rio de Janeiro, um dos navios da companhia britânica Liverpool, Brazil and River Plate Steam Navigation Company, que ligava a América do Sul à Inglaterra e ao porto de Nova York. Para os tripulantes já não causava surpresa a atuação dos inspetores de saúde dos portos na capital e em outras cidades brasileiras. Para aquelas tripulações, isso equivaleria a dizer que a saúde pública nos portos e áreas contíguas constituía uma área importante de atuação governamental. A bem dizer, a história da reforma sanitária brasileira, ao menos em seu período de formação, é tema típico de conquistas 'pelo alto', em que estão em jogo percepções e valores de intelectuais, camadas médias e altas e a participação direta do Estado nacional. Nossos tripulantes – aliás, mesmo as tripulações inglesas – tinham outra pauta de lutas e reivindicações (basta ter presente o episódio da Revolta da Chibata, em 1910, no Rio de Janeiro). No período histórico de que aqui se trata, não se pode falar de lutas 'sociais' pela saúde, ou de 'movimentos de trabalhadores' em defesa dos 'direitos da saúde', agendas políticas às quais só muito mais tarde, em décadas recentes, poderemos nos referir.

A lamentar, no entanto, que algumas correntes da historiografia de nossos dias só tenham olhos para ver o que viam aqueles tripulantes desembarcados. Dois equívocos de interpretação se seguem a partir daí. O primeiro é o de deduzir que o que se via nos portos – ou o que avistavam nossos tripulantes dos vapores, décadas atrás – era parte de um serviço sanitário mais amplo, isto é, a higiene dos portos seria uma das pontas de um sistema regional já institucionalizado. 'Antes de 1915/20' essa visão não encontra apoio na evidência histórica disponível. Outra falácia é o inverso da anterior: muito se diz, ainda hoje, sobre a saúde pública das cidades principais brasileiras como se essas fossem as 'únicas' áreas de atuação das políticas públicas na Primeira República. Depois de 1920, ao contrário, o país assiste a um processo de interiorização dos serviços de saúde, que tem por lastro uma efetiva participação do Estado na formulação de ideologias e políticas de salvação nacional por meio da educação e da saúde pública.

Esse período posterior a 1915/20 é dos mais importantes na história da saúde no Brasil e faz da 'saúde', a meu ver, um campo de estudos absolutamente necessário para que se entenda a construção do Estado e as ideologias do Estado nacional na Primeira República. A ação dos poderes constituídos e o alcance das ideologias de saneamento, naquele tempo, estendia-se para além dos maiores portos nacionais. O ano de 1915, se tentarmos precisar um processo difícil de ancorar no tempo, revela os primeiros contornos de ideologias e ações civilizatórias que têm como alvos as populações rurais do país. O movimento de saúde pública apresentava, então, um ímpeto considerável em certas regiões do Brasil, particularmente no eixo Rio-São Paulo. Desde logo, tratava-se de um panorama extremamente diversificado.

Busco aqui relatar e propor algumas hipóteses para o sentido que tomou a reforma sanitária no país, isto é, para seu caráter geograficamente diversificado e para sua impregnação fortemente ideológica durante a Primeira República. Se observarmos os três principais objetivos da luta pela reforma sanitária no Brasil – desenvolvimento de uma base institucional para a pesquisa científica, criação de uma moderna administração da saúde pública e erradicação das doenças endêmicas e epidêmicas –, veremos que os reformadores de São Paulo, não obstante os tropeços, estiveram mais próximos de alcançar aqueles objetivos do que os sanitaristas de outras unidades da federação.

Esse é um ponto que requer breve comentário. Se excetuarmos uma importante produção sobre São Paulo desde os anos 80,[1] são raras as obras de caráter regional que busquem explicar sociologicamente os processos históricos de formação de sistemas públicos de saúde. Em geral o que há são estudos descritivos, que pecam ainda pela ausência de esforços comparativos. Mas há razões para otimismo. A década de 90 produziu pelo menos dois bons trabalhos sobre a relação entre história, saúde e política, embora não haja neles a tentativa de formular nexos comparativos.

O primeiro trabalho, de José Policarpo Barbosa (1994), é uma história concisa da saúde pública no Ceará. Ao focalizar de perto o impacto do poder regional sobre o movimento sanitário, o estudo lembra a possível duplicidade de funções das oligarquias. Considere-se primeiramente a oligarquia "retrógrada" dos Acioli (Barbosa, 1994:71), que controlou o estado desde os primeiros anos da República até 1912 e nada contribuiu para a implantação dos serviços de saúde – muito ao contrário, teria dificultado

a realização das campanhas antivariólicas no interior encetadas por Rodolfo Teófilo, o "pai da medicina preventiva do Ceará" (Barbosa, 1994:79) –, um esforço quase isolado, contando apenas com comissões voluntárias de vacinadores e por isso carecendo de bases institucionais que permitissem alcançar êxitos duradouros.[2] A partir da derrubada da oligarquia Acioli, o governo de Franco Rabelo, entre 1912 e 1914, abre um período modernizador e "progressista" (Barbosa, 1994:81). A elite médica funda o Centro Médico Cearense, agita-se em torno de um projeto de criação de faculdade de medicina tropical, farmácia e odontologia, inicia a publicação de uma revista com o sugestivo nome de *Norte Médico*. Entretanto, o estudo mostra que a saúde pública só se inscreve como prioridade na agenda política do estado – e de todo o 'Norte', devo salientar – a partir dos anos 20 e por força de um fator externo: a criação, desde 1918, do Serviço de Profilaxia Rural, um programa do governo federal para atuar em todos os estados da federação, com o suporte da International Health Board, da Fundação Rockefeller. Os primeiros postos de saúde na capital e no interior (em Sobral e Juazeiro) datam da década de 20 (Barbosa, 1994). O autor faz um rápido balanço desse último período para concluir que, não apenas os serviços de saúde ganharam então um caráter mais regional, atingindo áreas mais populosas do interior, mas surgiu nessa época um grupo de médicos preocupados com a saúde e o saneamento, os quais poderíamos chamar de primeiros 'sanitaristas' do Ceará.

Um segundo trabalho, este uma tese de doutoramento recente, é um painel bem burilado sobre os serviços de saúde na capital da Paraíba. Sua autora, Lenilde Duarte de Sá (1999), adota uma atitude intelectual sedutora – toma posições em relação à literatura, permite que se saiba com que teses 'vai às fontes' e contra quais teses direciona seu olhar crítico. Isso se soma à garimpagem de copiosa documentação e a cuidadosas anotações e comentários analíticos. Mas é em particular sua 'defesa de tese', por assim dizer, que me permitirá dar um passo além de suas conclusões sobre os primeiros tempos do Serviço de Higiene Pública da Paraíba (cujo período formador a autora situa entre 1895 e 1918), estabelecendo os pontos de sintonia e discordância e apresentando então meus argumentos centrais sobre a formação de sistemas públicos de saúde nesse período que convencionamos chamar de Primeira República. O que se seguirá mais adiante (a análise do caso da Bahia), servirá, portanto, para minha própria 'defesa de tese'.

A discussão sobre a Paraíba realça os seguintes pontos de caráter histórico: primeiramente, a carência de recursos para ações de governo no campo da saúde se explicava em parte pela segmentação de mercados: os produtores de algodão, lembra Lenilde Sá, escoavam boa parte da produção pelo porto de Recife, repassando a Pernambuco os impostos devidos (Sá, 1999). Em segundo lugar (e eu diria, independentemente das limitações de ordem econômica), atente-se para o caráter omisso ou ineficiente das oligarquias do estado em relação à saúde da população. A existência de clivagens ou facções oligárquicas (havia os 'alvaristas', ligados aos clãs de Álvaro Lopes Machado e de Monsenhor Walfredo Leal, e os 'epitacistas', reunidos em torno das famílias Neiva, Pessoa e Lucena) tornava difícil a criação de uma base partidária forte e coesa, que pudesse garantir a aprovação de projetos de leis e conduzir o processo de implementação dos programas e projetos de iniciativa governamental (Sá, 1999) – como fora possível em São Paulo na mesma época, acrescentaríamos. A autora propõe o ano de 1915 para demarcar a ascensão da oligarquia de Epitácio Pessoa ao poder estadual, pondo fim ao que se conhecia como os 'anos de anarquia' do período precedente. Ao período que se seguiu pôde-se atribuir uma mentalidade de progresso na capital, alicerçado nas metáforas da fábrica, dos trilhos e de um novo porto. Essa mentalidade teria sido responsável, segundo a autora, por criar as condições para a 'institucionalização' do Serviço de Higiene Pública (Sá, 1999).

Nesse ponto é que a autora 'defende tese', pois ela parece sustentar que, mesmo anteriormente à época epitacista, o estado já assistiria à 'institucionalização dos serviços de saúde'. Este tópico requer alguma discussão. A autora parece localizar (acertadamente) nos anos posteriores a 1915 o aparelhamento dos serviços de saúde do estado (Sá, 1999), mas em várias passagens há ambigüidade. Uma conclusão acertada, como se depreende da farta documentação apresentada no trabalho, é imputar ao período pré-1915 o início de um serviço de higiene pública 'na capital'. A higiene dos portos – alicerçada na legislação federal, e não estadual – decerto serviu de base para projetos e medidas de saúde e saneamento que se ampliaram por toda a área urbana de Paraíba do Norte, futura João Pessoa. Data de 1913 a elaboração de um projeto de esgotos para a capital, realizado pelo engenheiro Saturnino de Brito (Alvarenga, 1979).

Entretanto, um leitor descuidado poderá concluir, com base no trabalho de Lenilde Sá, que houve um serviço sanitário 'de âmbito estadual'

naquela mesma época, conforme sugerem as considerações da autora sobre a legislação estadual de 1907, que autorizou o governador, Monsenhor Walfredo Leal, a organizar um Serviço de Higiene Pública, e que redundou em decreto estadual de 1911, criando a Repartição de Higiene Pública do Estado (Sá, 1999). A ambigüidade a que me referi se deve, a meu ver, a um problema de conceituação. Não houve, a rigor, em que pese à legislação acima referida, um serviço 'estadual' anteriormente à década de 1920 (aliás, a própria autora fornece os dados para corroborar minha afirmação, nas páginas 161 e 269).[3] Lenilde Sá utiliza por vezes o termo 'institucionalização' para referir-se às primeiras tentativas ('pontuais') de implantação de alguns serviços, sem considerar que à letra da lei não corresponderam a criação e funcionamento regular dos trabalhos previstos. O Serviço Sanitário só começa de fato a institucionalizar-se nos anos 20, por obra das atividades de profilaxia rural, sob o patrocínio do governo federal e da Fundação Rockefeller. Aliás, mesmo a execução do projeto de esgotos em Paraíba do Norte, já mencionado, bem como o serviço de abastecimento d'água, datam de 1923/1925, justamente nessa década mais fértil em realizações. Lembremos que os processos de institucionalização têm uma definição sociológica precisa, que enfatizam o modo pelo qual as práticas sociais se tornam suficientemente regulares e contínuas, e isto estava longe de ocorrer com a higiene pública da Paraíba anteriormente a 1920, apesar do surgimento de uma mentalidade favorável à higiene e às primeiras medidas de caráter prático.

Importa ainda situar a questão da mentalidade ou 'cultura científica' na Paraíba entre 1895 e 1915, tempo em que brotaram algumas sementes do pensamento médico higienista e se adotaram as primeiras medidas de vacinação, de inspeção sanitária de habitações, de controle dos alimentos e bebidas etc. Infelizmente, a autora deixa o foco da análise um pouco solto, deslocando-se entre vários séculos da história brasileira e tratando de realidades distintas, como a capital federal e a Paraíba, sem a necessária sistematização das fontes (ver Sá, 1999, cap. III). Teria sido importante delinear a formação do bloco higienista, os estudos nas faculdades de medicina e, particularmente, o impacto da presença de médicos 'de fora', ligados ao incipiente Serviço de Profilaxia Rural já no período epitacista. O estudo sobre o Ceará, realizado por José Policarpo Barbosa, também deixa de contemplar essas questões para aquele período decisivo, que poderíamos chamar de 'incubação', que anuncia e 'precede' a institucionalização

da saúde pública em quase todo o país. Mediante tal esforço de análise, teria sido fácil compreender que as políticas públicas de modernização sanitária nos estados do Nordeste, formuladas por oligarquias hegemônicas e progressistas, precisaram de um ambiente cultural propício – um 'pensamento sanitarista e um *ethos* de profissionalização médica' – para escaparem do limbo da mera formalização legal.

Saneamento Urbano e Rural: os exemplos de Pernambuco e São Paulo

Pernambuco e o saneamento urbano

Mas retornemos aos tripulantes desembarcados nos portos nacionais no início do século passado. A questão dos portos é das mais fascinantes, pois fossem ou não intermitentes e irregulares, os serviços de saúde dos portos – uma conquista republicana – antecederam o processo de institucionalização da reforma sanitária no país.

Nossos tripulantes podiam encontrar em algumas cidades portuárias – como na capital do país, em Santos ou em Recife – os rudimentos de uma rede de serviços de água e esgotos (operados por companhias e capitais ingleses). Essa foi também uma conquista republicana, mas – algo que não sabiam – esboçou-se ainda no período monárquico. Não se pode descartar inteiramente o período monárquico, nessa que foi uma de suas parcas realizações no campo da higiene. A 'questão' sanitária – longe ainda de transformar-se em ideologia e políticas de 'reforma' sanitária, outra herança republicana – foi gerada em meio ao clima de insegurança das populações urbanas com a chegada das 'febres pestilenciais' ao Brasil. A resposta da burocracia deu-se nos seguintes termos: de um lado, a retórica engajada dos ministros do Império, inspetores gerais de Higiene e autoridades provinciais, traçando planos para os quais jamais se destinavam recursos ou se capacitavam os profissionais necessários, ou contra cujos planos, e contra a interferência excessiva da Coroa, prontamente se insurgiam os interesses locais e provinciais. De outro lado, e apesar dos problemas orçamentários e da tosca organização político-administrativa, realizaram-se alguns progressos no equipamento urbano, em particular no tocante à instalação de serviços de água e esgotos em cidades portuárias e em São Paulo. Para que esses serviços se iniciassem (diferentemente de campanhas de vacinação ou de combate a endemias – uma herança tipica-

mente republicana), uma espécie de processo decisório *a capella*, sem grandes orquestrações, era plenamente suficiente. Foi a essa modesta escala de realizações durante a segunda metade do Oitocentos que o historiador Richard Graham, em conhecido trabalho, atribuiu "*the onset of modernization*" no Brasil (Graham, 1972).

O caso do Recife é à primeira vista surpreendente. Muito cedo, desde 1840, Pernambuco ganhou projeção nacional em matéria de obras técnicas, como assevera Gilberto Freyre (1940). Recife já contava, desde 1846, com um reservatório e aquedutos para o abastecimento, a cargo da Beberibe Water Company. No tocante a esgotos, uma pequena empresa, a Recife Drainage Company, organizada em Londres com recursos da província e capitais britânicos, implantou os primeiros serviços a partir de 1873 (Cavalcanti, 1987). Contudo, a província não apresentava grande atração para os capitais ingleses, a economia do açúcar perdera competitividade[4] e sucessivos projetos haviam falhado, na tentativa de emular São Paulo com a importação de europeus para a agricultura, desde meados do século (Eisenberg, 1974). Mas uma análise atenta pode esclarecer o aparente paradoxo. Recife, com efeito, representava um caso em que certos fatores, entre os quais se destaca a atuação modernizadora de uma oligarquia politicamente coesa, atuavam com mais força do que o 'fator econômico' e a falta de política imigratória. Aliás, Simon Schwartzman foi quem lembrou, a respeito do Segundo Reinado, que "enquanto o centro de gravidade econômica e demográfica se movia para o Sul, a base política do governo parecia transferir-se para o Norte" (Schwartzman, 1982:91). Obviamente, não para 'todo' o 'Norte', e tampouco com a mesma intensidade para as províncias agraciadas. Mas o que importa é o resultado daquele descompasso entre o 'econômico' e o 'político': ao favorecer Pernambuco – que gozava, já, de forte tradição política desde a Colônia –, a 'força do político' explica por que fatores como a atitude receptiva a inovações por parte de segmentos da oligarquia, a atuação coordenada da burocracia provincial e o medo causado pela epidemia de cólera que atingiu Recife em 1856 acabaram por gerar condições propícias a algumas medidas de saneamento.

Por ora, cabe reter do quadro aqui esboçado as conquistas iniciais do Segundo Reinado no plano do saneamento urbano. Mas cabe lembrar também que tais conquistas foram pouco expressivas, até certo ponto 'para inglês ver'. Pois poucas cidades delas se beneficiaram e, mesmo assim – retornarei a esse ponto mais adiante –, os serviços revelaram-se precários

do ponto de vista técnico e insuficientes para atender à população (além disso, os ingleses certamente gostavam do que 'viam', se forem levados em conta as garantias de juros, o monopólio de exploração etc., oferecidos pelos poderes concedentes às empresas concessionárias). Mas frise-se que foi considerável o efeito-demonstração das primeiras inovações técnicas sobre as elites e sobre algumas categorias profissionais – particularmente médicos e engenheiros – a partir de meados do século XIX. Do ponto de vista dos aparelhos administrativos, foi igualmente importante a experiência legada pelo Império com a abertura de funções públicas para a área que se inaugurava no país: a criação dos cargos de inspetor de higiene do Império e de engenheiro fiscal do governo nas empresas e nos serviços de saneamento. Nesse caso, mais relevante do que as inspeções e fiscalizações – que nem sempre cumpriam seus objetivos – era a criação daquelas funções de saúde e saneamento no seio dos aparelhos de Estado, que então se ampliava.

A singularidade da experiência pernambucana no Segundo Reinado reside, talvez, em ter sido aquela província a que se mostrou mais receptiva à inovação, em todo o Nordeste. Os primeiros tempos da República reafirmaram a dianteira assumida por Pernambuco. Tome-se a questão do saneamento básico nos estados: veremos que em Santos (entre 1905 e 1910) e no Recife (entre 1909 e 1918) se escreve o primeiro capítulo do saneamento urbano. O responsável pela elaboração e execução dos projetos, a que se seguiram dezenas de outros durante os anos 20, foi o fluminense Saturnino de Brito (1864-1929), uma espécie de Rondon da engenharia sanitária brasileira.[5] Como Rondon, Saturnino de Brito era dotado de impressionante 'espírito de missão', haurido de um positivismo esclarecido, notável pela tendência a transformar princípios doutrinários e projetos em realizações concretas. Sob o comando e inspiração de Saturnino de Brito, os dois exemplos pioneiros de saneamento urbano nos estados tiveram a adesão de um aliado imprescindível para que se concretizassem e, mais tarde, para que se difundissem pelo sudeste, sul e nordeste do país ainda durante a Primeira República: 'uma oligarquia modernizadora e politicamente coesa'.

O caso contrastante da Bahia será discutido mais tarde, mas o que ocorreu em Pernambuco ilustra, desde logo, a argumentação: de modo similar a São Paulo, só que mais tarde (por volta de 1896), as oligarquias do estado foram capazes de se aglutinar em torno de um partido republicano

razoavelmente coeso, responsável pela proposição e execução de políticas e programas de governo. O Partido Republicano Federal (PRF) de Pernambuco, sob o comando da oligarquia 'rosista', chefiada pelo autocrata Francisco Rosa e Silva, conduziu o processo de 'modernização conservadora' em toda a região até 1911. Foi Rosa e Silva quem solicitou a Saturnino de Brito que se deslocasse dos serviços de saneamento de Santos – que continuariam sob a direção de um assistente – e se dirigisse a Recife, a fim de iniciar a construção de uma rede de esgotos. As obras prosseguiram com Saturnino por sucessivas administrações até a inauguração, em 1915. O novo serviço de abastecimento de água da capital seria concluído três anos depois (Alvarenga, 1979). A renovação do porto teria início nesse mesmo período. O historiador Robert M. Levine aponta, a propósito, como indicador da coesão intra-oligárquica em Pernambuco, o fato de a força aglutinadora do clã de Rosa e Silva ter-se estendido além das fronteiras do próprio estado, compondo alianças com oligarquias políticas vizinhas e distantes, como a dos retrógrados Acioli, do Ceará, e os Chermont, no Pará (Levine, 1978).[6]

A década de 20 assistiu à efetiva penetração da administração federal em todo o Nordeste, particularmente na área da saúde, em que se destacava o Serviço de Profilaxia Rural. Pernambuco não fugiu à regra geral. Mas acrescentou às campanhas sanitárias no interior obras de saneamento básico em inúmeras sedes de municípios, como Caruaru e Jaboatão, para tanto solicitando pareceres de Saturnino de Brito (Alvarenga, 1979). O estudo do papel renovador de Saturnino, particularmente em Pernambuco, está por se fazer, mas tudo indica que foi considerável. Alie-se à sua influência a típica propensão das elites profissionais pernambucanas, na época, de construírem parte de suas carreiras no Distrito Federal e em estados do sul,[7] onde os ventos de mudança sopravam mais forte, e talvez se possa entender melhor o clima propício a algumas reformas. Data da década de 20, com efeito, a formação de um grupo progressista de médicos e intelectuais pernambucanos, que incluía Nelson Coutinho, Paulo Carneiro, Josué de Castro e Ulisses Pernambucano (Levine, 1978).[8]

Uma das melhores análises da precariedade do saneamento urbano antes da Primeira República, em Pernambuco, encontra-se em um dos famosos relatórios de Saturnino de Brito. Esses relatórios constituem, ao mesmo tempo, um exemplo de sua visão renovadora. Transcrevo a seguir alguns parágrafos de um documento escrito pelo grande sanitarista, datado de 1912, que põe a nu as deficiências dos serviços do tempo da Monar-

quia (ainda que pioneiras!) e argumenta a favor das mudanças que havia projetado para o Recife. Ressalto que é um texto de 1912, quando surgiram as primeiras dificuldades na execução das obras, como as altas tarifas aduaneiras que recaíam sobre os equipamentos vindos de fora:

> Recife é uma das cidades mais insalubres do Brasil. Entretanto, teve serviços de águas e de esgotos antes de muitas outras, por concessões feitas no tempo da monarquia (...). Estes serviços são francamente deficientes, condenáveis e condenados. (...) A Companhia do Beberibe, firmada no seu velho contrato, não tinha obrigação de lavar o esgoto. Mas teve ainda a habilidade de iludir as autoridades e uma população de 150 mil habitantes, durante dezenas de anos, contaminando as águas puríssimas de sua captação subterrânea com as águas impuríssimas de um brejo!! De modo que os serviços 'sanitários' de águas e esgotos, em lugar de assegurarem a saúde contribuíram concorrentemente para o aumento da mortalidade, um deles distribuindo água de brejo (...), o outro deixando escapar gases tóxicos no interior das casas (...). Foi essa situação de quase meio século que o Governo passado[9] enfrentou de um modo decisivo. (...) [E] o Governo da República, que protege a lavoura, a navegação, etc. com as tarifas, não pode deixar de autorizar medidas protetoras [regras aduaneiras] para serviços de salvação de uma cidade em que se morre brutalmente. (...) Isto valerá mais do que enviar delegados de higiene que matem mosquitos e desinfetem, quando os focos permanecem virulentamente ativos. Recife (...) precisa (...) que as autoridades de higiene locais e a Prefeitura realizem com mão firme, sem temores e sem favores, o programa que a comissão de saneamento iniciou quanto às habitações, programa que não deve ser desvirtuado, na Prefeitura, (...) como sói suceder na generalidade das nossas cidades, menos em Santos, onde a comissão de saneamento quis e soube vencer, porque nas cidades paulistas já se sente que a higiene, bem entendida e bem aplicada, é a suprema lei. (Saturnino de Brito, 1912, apud Alvarenga, 1979:108-109)

As palavras de Saturnino evocam, a um só tempo, duas questões importantes. A primeira diz respeito ao descompasso entre um projeto de saneamento urbano dos mais avançados, na época, e uma administração pública que já sofria as dificuldades inerentes às lutas das facções políticas do estado, a partir do enfraquecimento dos 'rosistas' (as questões municipais atrelavam-se à política estadual, pois os prefeitos da capital, durante muito tempo, eram nomeados pelo governador). Esse é o sentido da denúncia que faz Saturnino dos 'temores' e 'favores' da Prefeitura, em relação ao bom andamento das obras. O segundo ponto é uma advertência:

não vale o combate aos 'focos' de mosquitos sem a melhoria dos serviços de esgotos da cidade e o fornecimento de água de boa qualidade. A frase final, anteriormente transcrita – um elogio rasgado à Comissão de Saneamento de Santos e à administração das cidades paulistas de modo geral –, na verdade refere-se indiretamente aos dois pontos anteriores, pois no estado de São Paulo a ação dos poderes públicos era, então, firmemente pró-saneamento, e o que ocorria em Santos resultava de um quadro favorável mais amplo.

Saneamento urbano e rural em São Paulo

Os comentários de Saturnino de Brito colocam em pauta um tema hoje já bastante discutido: o pioneirismo paulista em matéria de 'institucionalização' das reformas na saúde pública.[10] Uma próspera economia cafeeira voltada para a exportação alicerçou o progresso alcançado pelo estado de São Paulo durante as últimas décadas da Monarquia e da Primeira República e financiou a imigração de trabalhadores europeus para as fazendas de café. A afluência de imigrantes (na maioria, italianos) para a capital do estado intensificou-se após 1886. Quando os europeus começaram a se dirigir para as áreas rurais – e mesmo quando de sua chegada à cidade portuária de Santos –, eram expostos às doenças transmissíveis. Figuras preeminentes dos círculos de saúde pública afirmavam que as doenças mais infecciosas, como cólera e tracoma, eram transmitidas pelos trabalhadores recém-chegados (Skidmore, 1974). Mas, apesar da possível ameaça que os imigrantes representavam para a saúde pública do estado, os trabalhadores europeus eram considerados vitais para a economia paulista. Assim, a reforma da saúde pública – considerando-se o saneamento como o único meio de assegurar a contínua afluência de imigrantes – tornou-se uma preocupação das classes dominantes. Lentamente, elas prepararam o terreno – ou melhor, 'cederam' terreno – para a reforma sanitária. Os serviços e campanhas sanitárias estenderam-se por uma grande área, incluindo a capital do estado e várias cidades no interior, mas não alcançaram as áreas rurais até o final da década de 1910. Antes da Primeira Guerra Mundial, a oligarquia cafeeira recusou qualquer tipo de inspeção estadual das condições sociais e de saúde nas fazendas.

A partir da guerra, a reduzida entrada de trabalhadores estrangeiros – no nível mais baixo do período 1889-1930 – forçou os fazendeiros a cuidar das condições de saúde da força de trabalho nas fazendas.

Conseqüentemente, as lavouras de café se tornaram um alvo mais fácil para as autoridades de saúde pública. Em 1917, o governo do estado ganhou uma batalha de dois anos no Congresso para aprovar um código de saúde rural, que autorizou São Paulo a estender os serviços sanitários às áreas agrícolas do estado. A partir de 1920, a composição da força de trabalho no estado mudaria rapidamente, devido à elevada afluência de migrantes internos, vindos particularmente de Minas Gerais e da Bahia. Durante essa década, mais forte do que a preocupação com o destino dos imigrantes desembarcados foi o interesse na salvação daqueles caboclos, que iam juntar-se aos milhares de trabalhadores rurais nascidos no exterior e forneciam, assim, uma bandeira para o movimento sanitário em São Paulo.

Uma outra dimensão crucial é a ausência de tradição médica no estado – um ponto em que São Paulo e os estados do Nordeste se aproximam. Entretanto, São Paulo distinguiu-se daqueles estados por um ambiente científico e intelectual francamente favorável ao desenvolvimento da saúde. A ação arejada de um positivismo pouco ortodoxo foi o elemento decisivo no cenário paulista, onde um grupo militante – em que se destacava Pereira Barreto, médico e político do Partido Republicano Paulista – tornou-se conhecido por suas idéias sobre a necessidade do desenvolvimento da ciência no país e por seu empenho em uma campanha educacional para os brasileiros (Castro Santos, 1988). A educação e a higiene pública eram prioridades dos positivistas paulistas. A crescente onda nacionalista do pós-guerra encontrou gradualmente expressão entre os círculos intelectuais de São Paulo e de outros centros, e foi responsável pela ocorrência de dois importantes eventos naquele estado, os quais, a um tempo, afetaram a cena intelectual nacional e foram, por sua vez, por ela influenciados. Em primeiro lugar, a fundação, em 1916, pelos intelectuais paulistas, de uma publicação mensal, a *Revista do Brasil*, que se tornou um fórum para a expressão de sentimentos nacionalistas. Monteiro Lobato era a voz mais influente. A fundação da Liga Nacionalista de São Paulo, em 1917, foi um segundo sinal de mudança nas tendências intelectuais. Alguns de seus patrocinadores eram eminentes médicos paulistas, como Luís Pereira Barreto, que pertencia ao Conselho Deliberativo da Liga, o qual defendia uma série de reformas a serem levadas a cabo nacionalmente. A campanha contra o analfabetismo, em particular, era considerada um instrumento disseminador da educação sanitária entre as populações do campo (Skidmore, 1974; Love, 1980).

Para os interesses deste trabalho, o que se deve reter, em relação ao impacto desses movimentos culturais sobre o ideário higienista, é que os intelectuais participantes da Liga Nacionalista e da *Revista do Brasil* ajudaram a criar entre as elites paulistas uma preocupação com a sorte dos habitantes do interior. Uma noção comum era a de que o caboclo, que levava uma existência miserável de pobreza e doença no interior do Brasil, tinha sido durante muito tempo vítima de coronéis poderosos e funcionários públicos negligentes. Argumentava-se, desse modo, que a atenção governamental deveria dirigir-se para o combate àquela situação. Ora, a questão que se colocava, nesses termos, era a existência de canais e mecanismos políticos por meio dos quais as elites pudessem, em uma palavra, transformar a 'idéia' da reforma em ação governamental. Um dos componentes políticos fundamentais do processo modernizador foi, no Brasil, o sistema de partido único, como instrumento de organização de interesses oligárquicos. O partido e a frente oligárquica permitiram que alguns estados – tais como São Paulo e Pernambuco, este em menor escala – ganhassem algum controle sobre a política nacional, dela extraíssem vantagens e dela fizessem uso para expandir seu próprio aparelho de Estado (isto é, em âmbito estadual). As relações entre o governo de São Paulo e as elites rurais e urbanas reproduziram, em escala regional, o movimento pendular das relações entre centro e periferia em escala nacional. À medida que o estado cedia às pressões das oligarquias paulistas, passava, paulatinamente, a controlar um número crescente de instituições, serviços e recursos econômicos. Nesse processo, em que o Partido Republicano Paulista (PRP) cumpriu um papel-chave de caixa de ressonância para os interesses oligárquicos e de porta-voz do próprio aparelho de Estado, este terminou por reforçar sua posição nos negócios estaduais. O partido não se limitava a uma parte do território, mas, ao contrário, era uma organização que se estendia a todo o estado. Por meio da 'comissão executiva' do PRP, seus líderes foram capazes de manter a disciplina partidária em um grau inigualado pela maioria dos partidos criados durante a Primeira República. Para os não filiados e não simpatizantes, a comissão central adotou uma estratégia de cooptação – como fez com os coronéis do interior, a quem não faltaram benefícios patronais, generosamente concedidos pelo PRP.

Na saúde, o PRP conseguiu dirigir as reformas baseando-se na sólida organização partidária, que servia de principal elo entre o governo e a oligarquia. De um lado, a forte organização do partido traduzia os

interesses das oligarquias em propostas concretas e assegurava sua aprovação em lei. Os passos iniciais dados pelo serviço sanitário em várias cidades da região do café e no porto de Santos foram uma resposta às demandas dos fazendeiros. Mas, em contrapartida, à medida que as funções administrativas estaduais se tornavam mais complexas, e os serviços sanitários e as instituições de pesquisa mais produtivos, o aparelho estadual tomou a liderança da reforma sanitária, pressionando por programas de saúde que iam contra os interesses imediatos dos coronéis. Até 1917, a oligarquia do café recusava a inspeção nas fazendas por funcionários da saúde. Lenta, mas firmemente, os oligarcas foram forçados a ceder diante da inspeção sanitária. Naquele ano, o governo de São Paulo efetivamente usou o PRP para quebrar a oposição coronelista à aprovação de um código de saúde rural. Aqui o partido serviu de canal efetivo para o aparelho estadual pressionar por mudanças. Em outras ocasiões, o PRP permitiu ao governo do estado e às elites agirem com propósitos comuns, seja para apressar a tramitação de um projeto de saúde no Congresso Estadual, seja para realizar campanhas de educação sanitária e de saneamento. O Serviço Sanitário tirou vantagem do clima ideológico em mudança, e começou a exercer maior controle sobre as áreas agrícolas durante a década de 20.

O relatório de Saturnino de Brito, de 1912, não poderia antever que as maiores realizações e conquistas na saúde seriam em grande parte uma característica da década seguinte, e, salvo em São Paulo, teriam o comando de forças externas aos próprios municípios e estados. Se o governo federal assume um papel fundamental nos estados do Nordeste (tendo os sanitaristas da Rockefeller como um aliado estratégico), não resta dúvida de que os estados sofreram esse impacto externo de modo diferenciado e tiveram, em graus também variados, algum progresso de moto próprio. Pernambuco parece ter respondido mais rapidamente ao chamado da 'ideologia sanitarista' que sacudia o país, a partir de movimentos de opinião pública como a influente Liga Pró-Saneamento. Bahia parecia vir logo atrás e, se recordarmos a existência centenária de sua Faculdade de Medicina, ficaria a pergunta: por que não viria logo 'à frente' na defesa da saúde pública, conduzindo o bloco dos estados nordestinos? Essas questões serão o objeto do restante do presente texto, e serão tratadas como uma contribuição ao entendimento da dinâmica complexa da reforma sanitária naquele período e em grande parte do país.

O Caso da Bahia

Se tomarmos como referência o caso bem-sucedido de São Paulo, impõe-se logo uma questão comparativa: por que a maioria dos estados da federação não desenvolveu um vigoroso movimento de saúde pública durante a Primeira República? Mesmo aqueles que experimentaram progressos nesse período, como o estado de Pernambuco e a Bahia, só atingiram um grau razoável de institucionalização das reformas durante a década de 20. E mesmo tendo desfrutado de posição política de destaque – a Bahia, ademais, sobressaiu-se na própria história da medicina –, esses estados ficaram em nítida desvantagem em relação às conquistas de São Paulo.

As dificuldades enfrentadas pelo movimento reformista na Bahia colocam um desafio para os estudiosos de saúde pública. Além de sua tradição centenária em educação médica – uma tradição que motivou incontáveis estudos de historiadores brasileiros de medicina –, outros fatores pareciam criar um terreno favorável ao progresso sanitário. Sob o ângulo da economia, ao longo do século XIX a Bahia manteve uma produção diversificada de açúcar, cacau, fumo e algodão. As atividades da mineração começaram desde 1840 na porção centro-oeste do estado, e a criação de gado formou a base da economia no sertão, ao longo do vale do Rio São Francisco (Pang, 1979). Em segundo lugar, o estado foi a sede da administração pública do país por mais de dois séculos (a cidade de Salvador foi a capital brasileira de 1549 até 1763, quando o Marquês de Pombal a transferiu para o Rio de Janeiro). As elites baianas ainda tiveram influência sobre o curso dos eventos nacionais ao longo do século XIX, após a Independência. A Bahia ocupava o segundo lugar entre as províncias, em número de membros nomeados para o Conselho de Estado da Monarquia (Burns, 1970). Finalmente, a grande população da Bahia era instrumental no jogo político. O tamanho da população era freqüentemente usado pelos estados mais populosos para exigir um número maior de cadeiras no Congresso Nacional (Love, 1980).

Entretanto, apesar da importância política, econômica e cultural da Bahia durante a Primeira República, o estado não conseguiu realizar uma reforma sanitária nos moldes da experiência bem-sucedida de São Paulo. Higienistas baianos lutaram para disseminar a idéia da reforma, mas enfrentaram a resistência de um *establishment* médico conservador e de um ambiente político e intelectual hostil (ou indiferente) às ações no campo

da saúde pública. Só na década de 1920 houve progresso do movimento reformista na Bahia, mas graças à intervenção do governo federal e à ação sanitária da Fundação Rockefeller.

Que condições impediram o governo estadual de promover a reforma sanitária? Por que a administração estadual foi incapaz de agir decisivamente sem o concurso do governo federal?

Essas questões – relacionadas com a questão mais ampla da fragilidade do movimento sanitarista na Bahia antes de 1920 – serão enfrentadas adiante. Dois pontos básicos devem ser antecipados: o alcance limitado das políticas do governo baiano (as atividades de saneamento raramente chegavam além da área da capital e seus arredores); o papel decisivo do governo federal na promoção da incipiente reforma sanitária rural durante os anos 1920.

Praticamente nenhum trabalho sobre a história da medicina no Brasil deixa de louvar a tradição de ensino médico da Bahia, datando do início do período monarquista. São também freqüentes as referências à Escola Tropicalista da Bahia como embrião, no século XIX, da pesquisa médica no Brasil.

Que razões se encontram, então, por trás das dificuldades da Bahia em cumprir sua 'vocação' médica ao longo do período republicano? À parte os obstáculos políticos e econômicos (que serão examinados a seu tempo), o conservadorismo de sua tradição médica representou um grande obstáculo ao progresso científico. A Escola Tropicalista constituiu um embrião de pesquisa parasitária no Brasil, mas este foco inovador extinguiu-se gradualmente sob as pressões de uma categoria médica predominantemente conservadora.

Na década de 1900 já estava claro que as visões tradicionais da Faculdade de Medicina da Bahia haviam prevalecido sobre a proposta dos tropicalistas. As novas idéias médicas sobre bacteriologia e imunologia não encontraram na Bahia – diferentemente de São Paulo – um clima intelectual favorável a sua aceitação. Salvador permaneceu, durante os primeiros anos da República, uma fortaleza do conservadorismo médico.

Os obstáculos colocados pela profissão médica 'consagrada' tiveram um efeito perturbador sobre o progresso do sanitarismo e da pesquisa em saúde pública. Dois exemplos podem ser antecipados a esse respeito: de um lado, a recusa da Assembléia Legislativa em apontar um bacteriologista estrangeiro para chefiar um centro de pesquisa médica

em Salvador, baseada na convicção de que a Faculdade de Medicina seria 'desacreditada' pela iniciativa; de outro lado, a indicação de diretores de saúde pública sem formação acadêmica ou experiência profissional em saúde pública.[11]

Já assinalei que a Escola Tropicalista não deixou muitos seguidores. Mas alguns entre eles, como Antônio Pacífico Pereira (1846-1922), fizeram parte de um pequeno grupo de médicos baianos, profissionais da saúde pública e políticos que lutavam por reformas. Esse pequeno círculo de reformadores tinha de enfrentar um obstáculo ainda mais difícil do que as visões tradicionais dos médicos de Salvador – a fragmentação oligárquica da Bahia. As oligarquias baianas não tinham coesão política e não conseguiram desenvolver uma sólida organização partidária durante as primeiras décadas da República, diferentemente do que ocorria em São Paulo e em Pernambuco, durante a hegemonia rosista. Como resultado, os governos da Bahia – mesmo os que propunham novas políticas de saúde – não tiveram o apoio necessário dos legisladores para assegurar a aprovação de leis. Quando a Assembléia estadual aprovava um projeto de saúde pública, sempre ocorriam problemas de execução ou de institucionalização dos programas e serviços. Em larga medida, a fragmentação do poder político resultou da própria estrutura econômica do estado. Ao contrário da economia paulista, centrada no café, a estrutura econômica baiana apoiava-se sobre vários produtos de exportação, como o café, o tabaco, o cacau, o açúcar e o algodão, bem como sobre atividades de mineração, igualmente segmentadas e isoladas. No dizer de uma estudiosa dos primeiros tempos da República na Bahia, o cenário econômico era "diversificado, mas sem dinamismo" (Sampaio, 1979:6-7). As colheitas de exportação e a mineração não foram capazes de gerar um superávit econômico considerável. O cacau foi um bom exemplo: as casas de importação e exportação estrangeiras se apropriavam da parte do leão dos ganhos totais de exportação, de tal modo que o cacau também não revelava um efeito dinâmico sobre a economia regional (Sampaio, 1979).

Uma palavra de explicação sobre a imigração, cujo papel na promoção da reforma sanitária em São Paulo foi indiscutível. Hipoteticamente, o progresso da agricultura do cacau poderia ter gerado uma grande demanda pelo trabalho imigrante, de um modo parecido com o que o café havia feito em São Paulo. Entretanto, na Bahia deu-se um resultado diferente. Grandes levas de trabalhadores nordestinos afluíram para a região do cacau entre

1890 e 1920, vindas de áreas tão diversas como as lavouras de cana-de-açúcar no Recôncavo, os distritos mineiros das Lavras Diamantinas e os estados vizinhos. A mão-de-obra barata fornecida pelos nordestinos era suficiente para atender às necessidades do cultivo do cacau e, diferentemente do caso paulista, preveniu a formação da 'idéia de imigração' entre as elites baianas. O açúcar foi possivelmente a única outra demanda por trabalho importado. Entretanto, a adoção de tecnologia poupadora de mão-de-obra pelos fazendeiros de açúcar chegou mesmo a transferir trabalhadores rurais da área densamente povoada do Recôncavo (Singer, 1968).

Cada uma das áreas agrícolas e de mineração do estado desenvolveu características semi-autárquicas, dominadas por poderosas oligarquias, que controlavam uma atividade econômica básica (ou, em alguns casos, uma combinação de duas). O Recôncavo era o *locus* da velha 'aristocracia do açúcar'. Seus clãs tradicionais forneceram a maior parte dos políticos e governadores da Bahia durante a Primeira República. O vale do São Francisco era outra região importante, controlada por alguns dos mais poderosos coronéis e oligarcas baianos. Uma terceira área centrava-se nos municípios produtores de cacau de Ilhéus e Itabuna. Desde a década de 1900, essa área constituía a mais importante fonte de receitas estaduais. Entretanto, a região cacaueira do sul nunca teve influência destacada sobre a política estadual (Pang, 1979; Sampaio, 1979). A quarta zona geopolítica mais importante era Lavras Diamantinas, importante área de mineração desde meados do século XIX, mas, devido a seu isolamento geográfico de Salvador, consolidara vínculos estreitos com os estados vizinhos de Minas Gerais, Goiás e Piauí (Sampaio, 1979). A Chapada Diamantina era a fortaleza de poderosos proprietários de terra e comerciantes, que organizavam seus próprios exércitos privados e às vezes guerreavam contra tropas estaduais.

A excessiva regionalização das elites agrárias criava dificuldades para o efetivo controle político-partidário. Muitos partidos políticos foram fundados na Bahia durante a Primeira República, mas a maioria deles teve pouca duração devido à falta de coesão política entre as oligarquias. Ao contrário de São Paulo, a inexistência de tradição republicana no ocaso do Império contribuiu também para a fragmentação política. Só em 1920 os baianos organizaram uma frente política com idéias reformistas e coesão interna. O Partido Republicano da Bahia (PRB), fundado em 1901, foi a primeira tentativa séria das elites de chegar a uma coesão política. O partido esteve em atividade até 1911, mas, ao contrário do Partido Republicano de São Paulo, nunca se tornou uma organização política de atuação eficaz

em todo o estado. O Partido Republicano Democrata (PRD), fundado em 1910, cumpriu um papel de liderança na política da Bahia de 1912 até 1924. Contudo, como o PRB, fracassou em exercer uma autoridade política efetiva sobre os coronéis do interior. Só depois do nascimento da CRB (Confederação Republicana da Bahia), uma 'confederação' de facções políticas criada em 1923, tornou-se possível algum domínio partidário em âmbito estadual (Sampaio, 1979).

Em suma, a política de facções bloqueou o caminho para a efetiva consolidação de um 'governo de partido único' na Bahia e tornou extremamente difícil a execução de leis e políticas públicas. Na ausência de um sólido partido governista, o aparelho de Estado tinha pouco a fazer para assegurar que as leis fossem observadas e postas em prática. A função legislativa, em tal contexto, era eminentemente negativa e bloqueadora. A fraca liderança exercida pelo Partido Republicano da Bahia foi responsável, em grande medida, pelo fracasso da Diretoria de Saúde Pública em manter as autoridades municipais de Salvador em sintonia com as normas de saúde ditadas pelo governo do estado. No restante do território, a intervenção das autoridades em 'território oligárquico' era impensável até bem avançada a década de 1920 – e depois disso, só se tornou possível uma 'limitada interferência federal'.

O final da década de 1910 testemunhou novas tendências nacionais que afetaram a evolução da saúde pública na Bahia. A idéia da reforma sanitária no interior brasileiro e o processo de construção nacional tornaram-se estreitamente relacionados. Políticos do Congresso Nacional e sanitaristas do sul do país dedicaram especial atenção aos estados do Nordeste. No caso da Bahia, as condições de saúde das populações rurais, particularmente nas áreas do sertão e do Rio São Francisco, eram críticas; o esforço de modernização se limitara às áreas litorâneas (como na Paraíba), ampliando conseqüentemente o hiato entre o interior e Salvador, que a tragédia de Canudos, ainda no raiar da República, apenas anunciara. A obra de Euclides da Cunha dera o primeiro sinal dessa tragédia anunciada. Em 1916, a publicação do relatório de viagem dos médicos Belisário Penna e Arthur Neiva (este, baiano e pesquisador de Manguinhos) lançou novas denúncias sobre as condições de isolamento e pobreza das regiões sertanejas da Bahia (Neiva & Penna, 1916).

Assim, as campanhas de saúde pública na Bahia inseriam-se num 'projeto civilizatório' mais amplo (Castro Santos, 1985, 1987, 1997; Lima, 1999). Durante toda a década de 1920, o movimento de saúde pública da

Bahia ligou-se fortemente às ideologias de construção do Estado-nação brasileiro. A incorporação dos territórios e populações do interior aos centros políticos do país dava o compasso para novas ideologias e práticas institucionais. As campanhas sanitárias do governo federal na Bahia refletiam, dessa forma, uma preocupação 'nacional' com os viventes do sertão e, de modo geral, com toda a gente do interior. Um aliado institucional – a Junta Internacional de Saúde, da Fundação Rockefeller – teve atuação destacada junto ao governo federal, na formulação e execução de programas de profilaxia rural e combate à febre amarela.

Se as propostas de construção da nacionalidade deixaram marcas profundas do ponto de vista ideológico e simbólico, aqui interessa o fato de que essas propostas contribuíram para a formulação concreta de programas e serviços de saúde. No âmbito das políticas públicas, o movimento sanitário na Bahia reforçou a máquina do governo 'estadual'; em contrapartida, contribuiu para o crescimento dos aparelhos administrativos em âmbito 'nacional'. Epitácio Pessoa foi o primeiro e único nordestino a ocupar a presidência durante a Primeira República, e sua administração apregoava uma completa reorganização do setor de saúde pública. Em 1920, a legislação federal realizou as mudanças institucionais que o presidente solicitara. Um novo código sanitário – proposta do cientista e diretor nacional de Saúde Pública Carlos Chagas – permitia que o poder central interviesse nos serviços estaduais de saúde pública. O Nordeste tornou-se o principal alvo da ação federal, e a Bahia, em particular, foi bastante afetada pelas políticas nacionais de saúde.

O Departamento Nacional de Saúde Pública (DNSP) iniciou uma campanha contra a malária e a febre amarela na Bahia. Contra a ancilostomíase e a febre amarela dedicou-se a Comissão Rockefeller no Brasil, que atuou até 1921 em convênio com o governo do estado. Em abril de 1921, o governo federal assumiu a responsabilidade pelo estado da Bahia no acordo bilateral, que teria prosseguimento durante toda a Primeira República. Em 1924, o funcionário federal que dirigia a Profilaxia Rural na Bahia foi também nomeado diretor estadual da Saúde Pública. As ações sanitárias em todo o estado, incluindo os serviços municipais, passaram à esfera de influência da autoridade federal (ainda que campanhas como a da febre amarela fossem delegadas à missão Rockefeller).[12] Novas e duradouras investidas do governo federal no setor de saúde pública da Bahia ocorreram depois de 1924.

Os programas de saneamento de responsabilidade federal, por um lado, e as campanhas contra a ancilostomíase e a febre amarela patrocinadas pela Fundação Rockefeller, por outro, foram os principais eventos na saúde pública baiana durante a década de 1920. Tanto a criação de serviços de saúde como as campanhas realizadas no interior da Bahia contribuíram para a expansão da máquina administrativa e dos serviços públicos e, de modo mais lento, para a penetração da autoridade pública em território coronelista. Sob a supervisão do Departamento Nacional de Saúde Pública, os projetos levados a cabo pelas equipes de saúde pública da Fundação Rockefeller também exerciam, indiretamente, um papel considerável na expansão dos serviços públicos e da 'presença governamental' no interior. Tal papel tornou-se possível pela maneira como o trabalho da Rockefeller estava organizado:

- os postos sanitários eram geralmente ocupados por brasileiros;
- com muita freqüência, os postos eram transferidos a autoridades federais da Profilaxia Rural. Em resumo, os novos serviços e instituições criados na Bahia alteraram o padrão, anterior a 1920, de não intervenção no interior do estado. Note-se que isso não significou que os serviços deixassem de concentrar-se na capital e arredores, onde as autoridades tomaram importantes medidas contra doenças endêmicas e epidêmicas. O governo estadual organizou um bem integrado Serviço Sanitário, e decretou o primeiro Código Sanitário da Bahia.

Que condições tornaram possível o papel mais ativo desempenhado pelo governo estadual? As condições financeiras da Bahia não fornecem uma resposta satisfatória. De fato, as finanças estaduais não passaram por nenhuma melhora significativa em relação aos anos pré-1920 (Sampaio, 1979). Se não é a economia, a 'política' do período fornece uma resposta à questão aludida acima. Como já acentuei, as elites baianas foram capazes de conformar uma frente política que de algum modo restringiu a atuação das facções. À medida que as oligarquias estaduais chegaram a um acordo sobre a utilização dos escassos recursos públicos, as políticas de saúde tornaram-se menos sujeitas às disputas de facções no Congresso estadual. Durante a segunda metade da década de 1920 algo semelhante a um sistema político de 'partido único' tornou-se possível na Bahia (Pang, 1979). O segundo Partido Republicano da Bahia (PRB), fundado pelo governador Góis Calmon, foi capaz de estender a autoridade pública até importantes

áreas do interior: "A autonomia dos chefes locais havia sido limitada pela primeira vez (...) pela estreita dependência dos comitês municipais em relação ao órgão central do partido na capital" (Sampaio, 1979:162).[13] Durante o período calmonista (1924-1930), os governadores tiveram seguidores fiéis entre a aristocracia 'ilustrada' e europeizada do Recôncavo. Já os Mangabeira – que rivalizavam com os Calmon em poder político – destacaram-se na política baiana com o apoio da classe média de Salvador e Ilhéus, grupo ligado à exportação de cacau (Pang, 1979).

A preeminência dos Calmon e dos Mangabeira na política baiana criou condições favoráveis para a disseminação das idéias reformistas. Sob o controle desses clãs, partidos como a Concentração Republicana da Bahia (CRB), e mais tarde o PRB, executaram as políticas de modernização conservadora no Estado. A onda reformista alcançou várias áreas além da saúde pública e do saneamento. A reforma do sistema educacional, a construção de estradas e o progresso agrícola foram outras prioridades estabelecidas no final da década de 1920 (Sampaio, 1979).

Entretanto, mesmo o final da década não esteve inteiramente livre da política de facções. Rivalidades entre os clãs eram muito freqüentes na capital. No interior, em duas ocasiões a autoridade pública foi seriamente desafiada pelos coronéis. Em 1925, irrompeu nas áreas de mineração uma violenta batalha de três meses, a chamada Batalha de Lençóis, entre um exército privado de um coronel e tropas estaduais, em razão de uma disputa sobre a distribuição de empregos públicos. Em 1928, uma disputa eleitoral na cidade de Carinhanha evoluiu para uma guerra prolongada entre o governo e os potentados rurais do médio vale do São Francisco (Sampaio, 1979; Pang, 1979). O movimento de tropas e os choques armados – destaque-se ainda a penetração da Coluna Prestes em solo baiano em 1926 – impediram a operação dos serviços e campanhas sanitárias no interior, ao mesmo tempo que surtos epidêmicos exigiam a presença das autoridades de saúde pública nas áreas afetadas.

A modernização institucional

As questões de saúde pública faziam parte do debate político baiano desde o início do período republicano, não obstante a ausência de progresso significativo das ações de governo propostas no interior daquele debate. As questões relativas à criação das instituições e serviços de saúde pública, à intervenção federal em assuntos estaduais, à centralização ou à

descentralização administrativa, todas intimamente inter-relacionadas, atraíam o interesse das elites políticas. A profissão médica, internamente dividida, forneceu não só os maiores defensores como também os mais fortes opositores da reforma da saúde pública da Bahia. Os médicos, deve-se sublinhar, ocupavam um alto *status* na sociedade urbana da Bahia, e uma grande parte dos intelectuais e políticos de projeção eram eles próprios formados na prestigiosa Faculdade de Medicina.

Como professor de medicina legal na Faculdade de Medicina e editor-chefe da *Gazeta Médica da Bahia* de 1890 a 1893, o maranhense Nina Rodrigues, intelectual de expressão nacional, tornou-se um porta-voz dos círculos de saúde pública baianos, escrevendo e debatendo exaustivamente sobre a necessidade de centralização administrativa em saúde pública. Na verdade, Nina Rodrigues inicialmente defendia uma 'centralização parcial', que preferia à centralização 'asfixiante' do governo federal. Mas, ao criticar a autonomia municipal, afirmava que ela fortalecia o poder dos coronéis, e a falta de recursos financeiros e de pessoal qualificado impediria a execução de códigos e posturas sanitárias. Com relação aos serviços estaduais, ponderava que se haviam tornado uma mera fonte de apadrinhamento para os políticos baianos. As agências sanitárias eram apenas restos das organizações ineficientes criadas durante a Monarquia. Descrevia o sistema da saúde pública existente como 'caótico': a Bahia tinha uma inspetoria federal encarregada da inspeção portuária, duas agências do governo estadual (a Junta de Higiene e a Junta Vacínica) operando como corpos totalmente independentes, e um sistema municipal de saúde pública na capital, ainda em forma embrionária. Essas unidades administrativas estavam em disputa permanente sobre princípios, práticas e jurisdição territorial. Nina Rodrigues deplorava a 'absurda' separação dos serviços sanitários em Salvador em um sistema 'marítimo' e um 'terrestre' (o primeiro, federal, e o segundo, estadual). Responsabilizou o vacilante governador Leal Ferreira (1891-1892), por sua impotência diante dos problemas de saúde pública, particularmente da ameaça de febre amarela em Salvador. A reforma do sistema, argumentava Nina Rodrigues, deveria centrar-se na nomeação, pelo governador, de um conselho de higiene para assisti-lo na elaboração de políticas, e na indicação de um diretor sanitário para coordenar, sob sua autoridade, todos os corpos e serviços administrativos (*Gazeta Médica da Bahia*, jan., 1892, fev., 1892, mar., 1892).

As idéias de Nina Rodrigues sobre saúde pública representavam os esforços reformistas de um pequeno grupo de médicos baianos. Cientes da

relevância das questões institucionais e organizacionais para o futuro da saúde pública na Bahia, julgavam que o estado deveria primeiro iniciar a construção de seu próprio sistema de instituições e serviços, a fim de que campanhas de saneamento pudessem ser realizadas com sucesso. Ao contrário de São Paulo – que nos últimos anos da Monarquia já havia avançado alguns passos em matéria de saneamento e higiene –, a Bahia tinha de começar do início.

Um primeiro esforço legislativo aconteceu durante a administração do governador J. M. Rodrigues Lima, formado pela Faculdade de Medicina da Bahia. Um projeto regulando o sistema de saúde pública na Bahia foi submetido ao Legislativo, tornou-se lei e foi sancionado pelo governador em 1892. Os defensores da saúde elogiaram a criação de um Conselho Superior de Higiene Pública da Bahia pela nova legislação. O conselho incluía alguns dos melhores nomes do corpo médico baiano: J. F. da Silva Lima, o renomado precursor da medicina experimental (Wucherer e Patterson, seus colegas pesquisadores da Escola Tropicalista, tinham morrido em Salvador muitos anos antes), Antônio Pacífico Pereira e Nina Rodrigues, entre outros (*Gazeta Médica da Bahia*, mai., 1892, jul., 1892, ago., 1892, set., 1892).

Nina Rodrigues solicitou ao governador que indicasse um profissional experiente para dirigir o sistema de higiene preventiva, até então descentralizado sob múltiplas autoridades, o que acabaria por impedi-lo de enfrentar os surtos epidêmicos (*Gazeta Médica da Bahia*, abr. 1895). Nina sugeria um sistema semelhante ao adotado em São Paulo. Um laboratório bacteriológico na Bahia, ou um instituto de vacinação com funções de certa forma expandidas, seria capaz de repetir o papel crucial desempenhado pelo Instituto Bacteriológico (sob a direção de Lutz) nas campanhas sanitárias de São Paulo. Silva Lima, para citar apenas um, lutou para promover a capacitação da Bahia em pesquisa bacteriológica. Mas a oposição logo se ergueu, como se vê no exemplo a seguir.

Em 1894, Silva Lima, presidente do Conselho de Higiene Pública, manteve acalorado debate com membros do Comitê de Saúde do Congresso Estadual. Nas linhas recomendadas por Nina Rodrigues, o conselho havia sugerido ao governador que criasse um instituto bacteriológico em Salvador, mas o comitê rejeitou a proposta, numa sucessão de eventos que acabou por prejudicar o sistema de higiene baiano por quase três décadas.

Vejamos os episódios com algum detalhe. O conselho propôs a criação de uma instituição de pesquisa bacteriológica governamental. O Comitê da

Câmara dos Deputados optou, em vez disso, por uma organização médica privada. O conselho sugeriu que os profissionais poderiam ser trazidos do exterior para organizar um instituto bacteriológico, 'como São Paulo havia feito'. Na visão dos congressistas, liderados pelos médicos Rodrigo Brandão e Ramiro Azevedo, a sugestão do conselho era um 'desabono' à Escola de Medicina da Bahia, em cujos cursos de fisiologia, assinalavam, a bacteriologia havia sido ensinada desde 1892. Propunham que dois baianos – um professor de fisiologia e outro membro do corpo docente da Escola de Medicina (um político de renome) – dirigissem o laboratório bacteriológico em Salvador. As credenciais do professor de fisiologia Augusto César Viana, de acordo com os deputados, eram o trabalho científico publicado e recebido favoravelmente na 'Europa'. Não se apresentavam evidências das pesquisas conduzidas pelo professor, nem se citavam as fontes européias de reconhecimento da obra do brasileiro. Os argumentos do Comitê eram frágeis. Um porta-voz do Conselho replicou que não haveria nenhum descrédito para a Bahia por contratar um cientista de fora (*Gazeta Médica da Bahia*, jun. 1894). Ao contrário, os baianos corriam o risco de cair em descrédito por se atrasarem na adoção de inovações científicas "com a presunção de saber aquilo que ainda ignoramos profundamente" (Moniz de Aragão, 1923:465).

As visões do Comitê Legislativo, compartilhadas pelo governador Rodrigues Lima, tiveram um impacto negativo e duradouro sobre a organização da ciência no estado. A seguir serão revistos os acontecimentos posteriores à derrota da proposta do Conselho de Higiene Pública.

Em dezembro de 1901 o governador Severino Vieira (1900-1904) decretou os 'passos preliminares' para organizar os serviços de pesquisa bacteriológica em Salvador, que se referiam ao início de construção de um pequeno laboratório, com recursos e pessoal limitados.[14] As administrações seguintes não avançaram muito. O debate sobre o laboratório bacteriológico transformou-se em uma arenga interminável. Cada novo período governamental começava com declarações oficiais sobre a necessidade de recursos para a pesquisa experimental na Bahia. Entretanto, esses recursos não foram fornecidos até 1915, exceção feita a um pequeno e mal equipado laboratório.

Em 1915, o governador J. J. Seabra concluiu a construção do sempre prometido e continuamente adiado Instituto Bacteriológico (na verdade, um composto com uma unidade bacteriológica, uma vacinogênica e uma

anti-rábica). A instituição estava no mínimo 15 anos atrasada em relação ao Instituto Bacteriológico de São Paulo (1892) e ao Instituto Soroterápico Federal do Rio de Janeiro (1900). Era supostamente bem equipada para pesquisa bacteriológica e a preparação de vacinas e soros,[15] mas não parecia talhada para um papel de liderança na reforma da saúde pública: nem Seabra nem seu sucessor indicaram bacteriologistas de alto calibre para encabeçar o instituto, ou o municiaram com um grupo de pesquisadores formados em medicina experimental. O soro antiofídico ainda era importado dos laboratórios de São Paulo, numa época em que jornais relatavam casos fatais de vítimas de serpentes venenosas na periferia de Salvador.[16]

O novo instituto bacteriológico, vacinogênico e anti-rábico começou a funcionar em abril de 1916. Em 1917, o governador Moniz de Aragão deu ao instituto o nome de Oswaldo Cruz. O escopo do trabalho científico feito no Instituto Oswaldo Cruz da Bahia afastou-se do exemplo dado pelo Instituto Oswaldo Cruz do Rio de Janeiro. A instituição baiana não carecia apenas de suporte financeiro, mas, acima de tudo, de uma administração inovadora e voltada para a pesquisa.

Havia, como ao tempo de Silva Lima e, mais tarde, de Pacífico Pereira, figuras que se colocavam à frente de seu próprio ambiente intelectual, como Pirajá da Silva. Pirajá da Silva (1873-1961), quase 30 anos mais jovem que Pacífico Pereira, era docente da Faculdade de Medicina da Bahia, fez descobertas sobre o *Schistosoma mansoni* e distanciava-se amplamente das visões conservadoras do ensino médico de Salvador. Sem formar escola, Pirajá lutou contra as condições financeiras adversas e a falta de equipamentos de laboratório adequados na Faculdade de Medicina da Bahia.

Entretanto, a última década da Primeira República testemunhou uma mudança na política científica do Estado. O Instituto Oswaldo Cruz da Bahia fortaleceu-se durante o período calmonista. Em grande medida, os novos desenvolvimentos científicos refletiram os ventos de mudança a que me referi antes, isto é, a promoção da ciência e do saneamento pelo governo federal, em parceria com a missão da Fundação Rockefeller.

Em outubro de 1925, o governador Calmon demitiu o diretor da instituição bacteriológica baiana e convocou um membro do Instituto Oswaldo Cruz do Rio de Janeiro para dirigi-la.[17] A renovação do pessoal técnico tornou-se um dos maiores compromissos da nova administração. Dois médicos baianos foram enviados aos Estados Unidos para estudar anatomia patológica e a preparação de soros e vacinas. Um médico do serviço de

proteção à infância foi enviado à Europa para estudar outros sistemas de puericultura. Oito médicos do Serviço Sanitário foram para o sul do Brasil, alguns deles para se familiarizarem com as instituições de saúde pública do Rio de Janeiro, de São Paulo e de Belo Horizonte, um para participar de um curso sobre microbiologia no Instituto Oswaldo Cruz do Rio de Janeiro, outro para participar de um curso sobre malária ministrado pela Fundação Rockefeller no Rio, e outros ainda para visitar os sistemas de higiene escolar do Rio e de São Paulo.[18] À medida que a Primeira República foi chegando ao fim, a instituição bacteriológica do Estado tornou-se gradualmente um instrumento essencial do sistema de saúde, particularmente no fornecimento de soros e vacinas à população baiana.

Se o painel que se procurou montar sobre o desenvolvimento das instituições de pesquisa revelou sérias deficiências ao longo da Primeira República, as instituições 'administrativas' não tiveram melhor sorte. Tema recorrente nos discursos dos governadores baianos, a construção de uma base administrativa para os serviços de saúde pública pareceria, ao observador ligeiro, uma alta prioridade de governo. Entretanto, houve pouco progresso antes da década de 1920. Analisei antes o primeiro esforço legislativo da Bahia republicana, isto é, a criação de um Conselho de Higiene Pública em 1892. Os conselheiros pouco fizeram, no entanto. Diante do descaso do governo e do Legislativo, o Conselho de Higiene interrompeu suas atividades em 1897, e não retomou seu trabalho até 1901, quando a legislação confirmou suas funções consultivas. A lei de 1901 indicou um diretor para os serviços de saúde do estado, e Pacífico Pereira tornou-se seu primeiro diretor; Silva Lima recebeu a presidência do conselho consultivo. A indicação desses destacados médicos e defensores da saúde pública poderia ser interpretada, à primeira vista, como um prenúncio da reforma sanitária. Contudo, o difícil manejo, por parte do governo, da política no interior baiano limitou a influência desses defensores da saúde pública, quando muito, à cidade de Salvador. Além disso, a falta de instituições de pesquisa sólidas interrompeu o fornecimento de 'sangue novo' aos círculos de saúde pública. Em 1907 o pequeno grupo reformista sofreu a perda do emérito Silva Lima, que renunciou à presidência do Conselho de Higiene e se retirou da vida pública. O governador indicou Pacífico Pereira para substituir Silva Lima como chefe do Conselho.[19] Lídio de Mesquita, um bem-sucedido médico de Salvador, tornou-se o novo diretor sanitário do estado, mas faltava-lhe experiência em pesquisa médica e em assuntos administrativos.

Por vezes as autoridades governamentais tentaram – sem sucesso – fazer chegar a influência do serviço sanitário ao interior da Bahia. Em tais ocasiões, interpunha-se a questão da autonomia municipal. Em outras, surgiam interpretações conflitantes sobre direitos e obrigações dos municípios. Uma nova coalizão política de antigos opositores do Partido Republicano da Bahia levou o Partido Republicano Democrata (PRD) ao poder em 1912. J. J. Seabra, governador recém-eleito e fundador do partido, era um político influente entre as classes médias de Salvador. A máquina partidária estadual tirou vantagem de sua crescente ascendência política e fez alguns progressos na administração da saúde pública. Um projeto de reforma sanitária tornou-se lei em novembro de 1912. A reforma refletia em grande parte a legislação federal que autorizara o presidente Rodrigues Alves a modernizar a capital da nação, à discrição e a toque de caixa. A reforma baiana invadiu a jurisdição municipal na inspeção sanitária de edifícios públicos e privados e na vacinação. Esses serviços, até então uma tarefa municipal, tornaram-se uma responsabilidade estadual.[20] De fato, a lei aprovada objetivava a organização dos serviços de saúde na capital, apesar de o projeto referir-se aos 'municípios' e não apenas a Salvador. A reforma permitiu a abertura de um serviço de verificação de óbitos para melhorar a qualidade dos dados sobre mortalidade, e a dupla checagem dos atestados de óbito teve início em Salvador em janeiro do ano seguinte.

Assim, o sistema de saúde pública permaneceu limitado, basicamente, à capital. A grande maioria dos municípios baianos não dispunha de serviços de higiene pública, e os poucos que os tinham contavam apenas com uma organização rudimentar. Um projeto de lei que reduzia o poder dos coronéis do interior foi aprovado em 1915, determinando que os prefeitos baianos (intendentes) deveriam ser nomeados pelo governador, à semelhança do que ocorria em outros estados nordestinos. Estipulava-se ainda que relatórios anuais das contas municipais tinham de ser submetidos ao executivo estadual, supostamente com o propósito de prevenir o mau uso de recursos pelas elites locais. O resultado – à parte o propósito declarado do artigo – foi o aumento do poder do governo estadual no interior baiano (Sampaio, 1979).

A coligação política que apoiou o PRD era a condição necessária para que o governo baiano estendesse os serviços públicos para além da capital. Mas a coalizão governamental entrou em colapso antes que fosse consolidada. O governador Seabra foi longe demais em sua tentativa de interferir na política dos 'sertões', e enfrentou a oposição de várias facções dentro de

seu próprio partido (Sampaio, 1979). Antigos opositores de PRD começaram a reorganizar suas forças no interior.

Após 1916, o PRD perdeu gradualmente o controle da situação. O sucessor de Seabra também atraiu o descontentamento dos coronéis baianos (Sampaio, 1979; Pang, 1979). Em 1918 houve violentos choques armados em Pilão Arcado e Remanso, espraiando-se pelo vale do São Francisco, envolvendo clãs locais pró e contra a política intervencionista do PRD. Em 1920, Seabra foi reeleito governador, mas a base política do PRD no interior havia se despedaçado e, com isso, fracassaram os esforços do governo do Estado para construir um sistema de saúde pública que penetrasse em território coronelista.

Se os rumos da relação entre saúde, política e sociedade na Bahia sofreram uma inflexão a partir de 1920, isso decorreu de 'uma alteração no relacionamento entre centro e periferia'. Esse ponto é fundamental. Depois dos passos incertos dos governos baianos em direção à reforma sanitária, a ação federal na Bahia veio na onda de uma tendência geral de intervenção federal na administração pública e na legislação social (e sanitária) dos estados. O Departamento Nacional de Saúde Pública, sob a liderança de Carlos Chagas e no compasso das reformas postas em prática em 1921, amparadas em decreto de Epitácio Pessoa, criou as condições institucionais básicas para a intervenção federal em saúde pública. O governo federal engajou-se no controle das epidemias na maior parte das capitais brasileiras, incluindo Salvador; além disso, a erradicação de endemias rurais em todo o país tornou-se a partir de então um objetivo federal, no plano ideológico e das políticas públicas (Castro Santos, 1985). Na Bahia, como em outros estados do Nordeste e do Norte, os serviços de profilaxia da febre amarela passaram à responsabilidade financeira e administrativa do Departamento Nacional de Saúde Pública.

Em 1920, a Fundação Rockefeller, desde 1916 atuando no Brasil no combate à ancilostomíase, em convênio como o governo central e com os estados, assinou um acordo com a Bahia para fornecer recursos e pessoal médico para o controle e tratamento da enfermidade.[21] Mas o governo da República logo ampliou seu papel na região, ao substituir a Bahia no convênio, em abril de 1921, e, em dezembro do mesmo ano, ao nomear um médico do DNSP para a direção dos serviços da Comissão Rockefeller na Bahia. Os trabalhos de saúde pública tornaram-se cada vez mais centralizados sob a autoridade federal.

Na trilha aberta pelo governo federal, o Serviço Sanitário estadual passou pelas mais importantes mudanças administrativas da Primeira República. Em 1924, o chefe de Profilaxia Rural – um funcionário federal – tornou-se o diretor geral da Saúde Pública da Bahia. Em discurso à legislatura em abril de 1925, o governador Góis Calmon anunciou as modificações que pretendia introduzir no setor. A responsabilidade dos municípios pela construção e operação do sistema de esgoto, pelo abastecimento de água e pela remoção de lixo deveria ser transferida ao estado, pelo menos temporariamente.[22] No interior, para completar o trabalho dos postos de saúde sob responsabilidade federal, o governador recomendou a criação de centros de saúde localizados nas áreas mais densamente povoadas. Além disso, duas novas divisões sanitárias deveriam ser criadas, uma voltada para os problemas de saúde infantil, e a outra, para as questões de higiene nas indústrias.

Em julho de 1925, nova legislação (nº 1.811) reorganizava o sistema de saúde pública, de acordo com as propostas de Góis Calmon. Uma importante modificação foi a criação de uma subsecretaria de saúde e assistência pública subordinada diretamente ao governador e independente da Secretaria do Interior. Em novembro desse ano, o governador Calmon editou o decreto nº 4.144, que fornecia 'o primeiro código sanitário da história do Estado'. Em junho de 1927, uma lei estadual (nº 1.993) criou uma 'Secretaria de Saúde e Assistência Pública'. Antônio Luís Barros Barreto, o chefe da Profilaxia Rural que passara a ser subsecretário estadual de Saúde Pública em 1925, tornou-se o secretário estadual em 1927 (*O Imparcial*, 1928).

Esse conjunto de desenvolvimentos institucionais refletia uma crescente concentração do poder nas mãos do governo estadual *vis-à-vis* as municipalidades, assim como uma clara tendência para a racionalização e modernização das funções de governo. Entretanto, é importante notar que tais tendências resultaram, em boa parte, de pressões federais. No caso da saúde pública, três elementos justificam essa afirmação. Primeiro, a indicação de Barros Barreto para encabeçar tanto o serviço de profilaxia rural federal quanto o serviço sanitário estadual e, mais tarde, a secretaria de saúde, refletia diretamente as preferências do governo federal. Segundo, uma função meramente burocrática era agora conferida ao Conselho da Higiene Pública estadual, um órgão com autoridade em declínio, mas ainda ativo durante os anos de 1910. Terceiro, o Código Sanitário da Bahia era em grande medida baseado na legislação federal. Essa aproximação,

afirmava o governador baiano, permitia o fim de regulamentações municipais independentes, a maior parte delas "em completo desacordo" com leis estaduais e federais.[23] Por fim, havia a contrapartida da ajuda financeira do governo federal, que financiou parcialmente – com o apoio da Fundação Rockefeller – as campanhas sanitárias no interior e deu total cobertura à campanha contra a tuberculose e à assistência à saúde infantil em Salvador.[24]

O campanhismo na década de 20

Do ponto de vista do 'campanhismo', forçoso é distinguir a ação mais freqüente realizada nos postos, de tipo 'horizontal', envolvendo a educação sanitária e a associação voluntária das famílias ao serviço de profilaxia, da operação 'vertical' de guerra ao mosquito *gambiae* no Nordeste, realizada já durante a época de Vargas, que envolvia, por vezes compulsoriamente, as populações no combate ao vetor.

Feita essa importante distinção, tomemos os 'anos heróicos' do campanhismo, na década de 20, na Bahia. Em abril de 1921, em parte como reação à narrativa impressionante de Neiva e Penna sobre as condições de vida do sertão baiano (Penna, 1918), o governo federal assumiu a responsabilidade pelo estado da Bahia no acordo firmado com a missão médico-sanitária da Rockefeller. Mas as perspectivas eram sombrias. Décadas de negligência haviam deixado um pesado encargo para as autoridades da saúde. As endemias, em todo o estado, continuaram a cobrar um alto custo em vidas humanas. Em 1921 e 1922, surtos de peste bubônica assolaram o interior. Equipes médicas federais e estaduais foram enviadas aos municípios de Serrinha (ligado à capital por ferrovia), Feira de Santana (importante centro comercial), Camisão e Castro Alves, a oeste da capital. Campo Formoso, a noroeste, sofreu uma segunda epidemia de peste. A febre amarela irrompeu em vários municípios que tinham até então sido poupados pela doença.[25]

Na capital da nação, o clima político tornava-se cada vez mais favorável ao movimento de saúde pública no interior do Brasil, e a Bahia, por sua posição de destaque, ganhava tratamento especial. À medida que o 'saneamento dos sertões' se transformava em idéia-força de salvação nacional, não só as campanhas sanitárias na Bahia tornaram-se mais intensas entre 1923 e 1925, mas aumentaram os recursos em saúde pública durante o mesmo período. Como salientei anteriormente, o chefe da

Profilaxia Rural de Saúde, subordinado ao DNSP, foi nomeado diretor de Saúde Pública da Bahia em 1924, fato que expressava a influência do governo federal no movimento de reforma sanitária da Bahia. Em contrapartida, o Serviço de Febre Amarela ampliou sobremaneira o papel da Rockefeller em toda a região.

Desde outubro de 1924 havia oito postos de profilaxia rural em operação. No início de 1926, já eram dezesseis.[26] Esses postos se incumbiam de atividades tais como a ampla distribuição de medicamentos contra a ancilostomíase e a malária, exames de fezes, vacinação contra a varíola e educação sanitária. A campanha contra a febre amarela era organizada e parcialmente financiada pela Comissão Rockefeller, embora muito fosse feito, nesse sentido, pelos novos serviços estaduais e federais, agora unificados na Profilaxia Rural.

Entre fevereiro e agosto de 1926, a Coluna Prestes cruzou o interior da Bahia com vários destacamentos, perseguida por tropas federais e baianas. Cerca de mil revolucionários da Coluna deslocaram-se pelo interior sem assistência médica, vitimados pela malária e outras enfermidades e suportando a escassez de comida. Os serviços de saúde pública foram seriamente prejudicados pelo deslocamento, em território baiano, das forças rebeldes e leais ao governo (Macaulay, 1974). O Serviço Sanitário foi pressionado a ajudar as forças do governo com remédios, vacinas e soros, o que significou, para a população, uma escassez de remédios como o quinino. A população também sofreu com a falta de atendimento médico. Em Juazeiro, o Exército requisitou o posto de profilaxia e transformou-o em uma clínica de emergência para as forças governistas. Em Alagoinhas e Bonfim, o movimento de tropas afetou seriamente as atividades dos postos e paralisou completamente o posto de Barra do Rio Grande.[27]

Ressalte-se um resultado paradoxal da atuação da Coluna Prestes: se de um lado os revoltosos contribuíram para a desorganização dos serviços de saúde ainda incipientes, de outro lado reforçaram as bandeiras políticas do movimento sanitário, ao atrair a atenção nacional para uma área miserável e uma população de sobreviventes. Os serviços sanitários se recuperaram quando os revolucionários da Coluna e seus perseguidores deixaram o interior. Quarenta e quatro equipes médicas foram enviadas aos sertões antes do término do ano de 1926. Várias equipes se deslocaram para as localidades ao longo do Rio São Francisco, afligidas pela malária. Quatro equipes dirigiram-se para a região de Lavras Diamantinas, para combater novos

surtos de peste. Quatro outras delegações médicas alcançaram o longínquo município de Barreiras e as áreas de criação de gado do oeste da Bahia.

Embora sérios esforços tenham sido feitos durante a década de 1920 para o saneamento do interior baiano, a região permaneceu exposta a freqüentes surtos de varíola e 'febres', geralmente associadas à malária. Pesquisa conduzida no sertão pela Liga das Nações, nessa época, revelou um "cenário horroroso" (*O Imparcial* , 5 abr. 1929:1) de mortalidade infantil, em grande parte causada por infecções intestinais.[28] Por último, mas igualmente importante, as 'endemias dos sertões' – particularmente a ancilostomíase e a doença de Chagas, além da malária – permaneceram uma ferida aberta, até os dias de hoje.

Conclusão

Na demarcação que procurei fazer dos sinais de fortalecimento do movimento sanitarista da Bahia – sinais tardios, quando comparados a São Paulo –, enfatizei a lenta construção de um aparelho burocrático, a organização de um corpo de leis de saúde pública, a criação e implementação de uma política sanitária e o progresso institucional no estado. São requisitos para a análise histórico-comparada, sem os quais não há como entender o processo de reforma sanitária em sua complexidade. As razões que estiveram por trás do (in)sucesso dos reformadores baianos, paulistas, pernambucanos, paraibanos, cearenses – uma combinação de forças econômicas, políticas e ideológicas – dizem respeito, em primeiro plano, com variada intensidade e em momentos distintos, ao lugar ocupado pela imigração de trabalhadores na agenda das elites estaduais, à preservação e reprodução da mão-de-obra nacional, ao tipo de arcabouço político-partidário, à tradição médica e sanitária.

Há alguns pontos de partida ou balizas para estudos futuros. A análise dos movimentos de luta pela reforma sanitária no país, particularmente o estudo das experiências de caráter estadual, deve partir de algumas hipóteses cruciais para o estudo comparativo. Primeira: o movimento de saúde pública de São Paulo foi a mais bem-sucedida experiência de construção institucional e de ações de saúde e saneamento durante a Primeira República brasileira. Mesmo a política sanitária pós-1930 refletiu, em vários graus, o exemplo de centralização administrativa e construção institucional dado pelo movimento de saúde pública de São Paulo.

Em segundo lugar, a reforma sanitária em São Paulo serve de espelho para o estudo dos demais casos de modernização conservadora no país. Dois ingredientes são aqui fundamentais para as experiências bem-sucedidas durante a Primeira República:

- a saúde pública foi instrumental para a modernização da estrutura econômica e administrativa dos estados;
- a saúde pública foi um instrumento de mudança controlada, o que lhe forneceu um componente conservador e a viabilizou no contexto político rarefeito daquele tempo. Longe de ser uma conquista de lutas pela cidadania, como se observa nas políticas de saúde dos tempos atuais, a primeira reforma sanitária no Brasil foi 'outorgada' pelas elites que controlavam o aparelho de Estado. As medidas sanitárias contribuíram para mudanças estruturais – para a construção do Estado, para a mudança do perfil demográfico, para o dinamismo dos setores urbano e agrícola –, mas foram mudanças 'pelo alto', sem a participação popular.

Em terceiro lugar, de um ponto de vista ideológico, os movimentos de reforma foram importantes por sua contribuição à construção da nação e à criação de uma idéia de 'nacionalidade'. Esse é um ponto importante, porque vale mesmo para estados em que as reformas não se concretizaram plenamente antes de 30, mas forneceram o palco de alguma agitação por parte de grupos intelectuais, políticos e profissionais. Creio que esse é o caso do Ceará e da Paraíba. Na Bahia e Pernambuco, e sobretudo em São Paulo, os reformadores juntaram-se ao movimento nacional pela 'salvação dos sertões' – cujo lançamento foi em grande parte uma iniciativa de intelectuais, médicos e sanitaristas do Distrito Federal –, buscando integrar as populações do interior, castigadas por doenças, aos modos de vida urbana e aos valores 'civilizados' da nação brasileira. O que estava em jogo era a formação de indivíduos com consciência cívica, comprometidos com a construção de uma nova nação. Ao se empenharem na luta para estender as campanhas sanitárias às populações rurais de seus estados, as elites participaram dessa 'cruzada' nacional, reproduzindo-a em âmbito estadual.

Em resumo, os movimentos de saúde pública tiveram um forte impacto sobre o crescimento dos aparelhos de Estado e sobre o surgimento de uma 'ideologia de construção nacional'. Houve diferenças importantes a

respeito do 'significado' do movimento nos estados brasileiros. O movimento sanitário paulista reduziu consideravelmente as doenças endêmicas, promoveu a institucionalização da pesquisa biomédica e a formação de pesquisadores, em laboratórios públicos e privados. O significado do movimento de saúde pública de São Paulo foi tanto ideológico quanto 'material', isto é, envolveu forte conteúdo simbólico, ao mesmo tempo que trouxe conquistas significativas para o saneamento rural e urbano. O significado do movimento de saúde pública na Bahia e em Pernambuco foi, por assim dizer, muito mais 'ideológico e institucional' do que epidemiológico. Com isso quero sugerir que, ainda que não lograssem alcançar resultados significativos no tocante aos níveis de saúde da população, as campanhas contra as epidemias e endemias fizeram surgir uma 'organização pública' de serviços e conformaram a primeira coorte de profissionais de administração pública em saúde, bem como novas instituições de pesquisa. Esse conjunto de mudanças influenciou, por sua vez, o aparelhamento de novos setores burocráticos nos estados. Além disso, as campanhas contribuíram para a cristalização das 'idéias de reforma sanitária', que sacudiam o sul do país – particularmente o Distrito Federal e São Paulo – desde a década de 1910, mas ainda não haviam logrado expandir-se para a Bahia ou para Pernambuco.

Pode-se afirmar que, de modo geral, todos os estados nordestinos produziram movimentos mais ricos do ponto de vista ideológico, tendo sido mais escassos os resultados do ponto de vista do saneamento. O que importa reter é que, seja por razões mais fortemente ideológicas ou materiais – que variaram de estado para estado em todo o país –, a íntima relação entre saúde pública e modernização conservadora acabou por criar uma forte visibilidade política da reforma sanitária durante a Primeira República. Esse traço de 'visibilidade' lhe conferiu um interesse central do ponto de vista sociológico e histórico, que aqui se buscou demarcar.

Ao discutir o diferente 'significado' dos movimentos reformistas, faço-o não apenas para contribuir para a historiografia de uma época, mas para fazer uma sugestão de caráter metodológico: somente quando procuramos examinar de perto os contrastes e semelhanças entre algumas experiências regionais é que certos traços característicos podem ser ressaltados. A carência de esforços comparativos deste tipo empobrece a própria historiografia, como já aduzi anteriormente. Outro exemplo: quando aponto o surgimento 'tardio' da política de modernização da saúde na Bahia,

faço-o 'em referência' à reforma sanitária que se desenvolvia em São Paulo muito cedo (e em ritmo mais rápido), desde os primeiros anos da República. A questão do 'ritmo' da mudança é decisiva. Se a Bahia 'chega tarde', por assim dizer, isso não significa que a partir daí o compasso das mudanças tenha sido necessariamente lento. De fato, o início foi lento e incerto, mas sob o impulso dos acontecimentos da década de 1920, os três ou quatro últimos anos da década revelaram um ritmo particularmente impressionante de agitação reformista no campo da saúde, talvez mais marcante do que no estado de São Paulo. A comparação com Pernambuco, Ceará e Paraíba vem logo à mente. Em que medida teria a Bahia assumido posição de vanguarda em relação a todo o Nordeste, nos anos derradeiros da Primeira República? Esse é hoje um item obrigatório na agenda de pesquisas sobre a historiografia da saúde pública no Brasil.

O olhar comparativo permite estabelecer outros paralelos importantes. Nunca será demais enfatizar que a reforma sanitária na Bahia e nos demais estados nordestinos se limitou às áreas urbanizadas do litoral – particularmente à capital – e a um punhado de localidades do interior. Ao contrário das políticas e programas de São Paulo, os estados nordestinos avançaram pouco nas áreas sob controle dos coronéis do sertão, mesmo nos tempos agitados da década de 20. Já um outro paralelo se refere ao recorte centro-periferia. Nos casos mais conhecidos da Bahia e de Pernambuco, o movimento sanitário resultou em grande parte das pressões e da atuação direta do governo federal, de onde vieram os atores responsáveis pelo que considero o período mais frutífero de mudanças. Em contraste, foi a partir do governo e da política 'estaduais' que tomou impulso o movimento reformista no estado de São Paulo.

Não há como subestimar, nesse contexto, o papel da Divisão Sanitária da Fundação Rockefeller. Neste ponto constata-se claramente um 'efeito não antecipado' das campanhas coordenadas pelos norte-americanos com menor grau de autonomia no sul do país e maior no nordeste. Essas campanhas, longe de criar um poder paralelo da Rockefeller, ou grupos profissionais brasileiros subalternos, terminaram por reforçar a tendência geral de consolidação dos aparelhos institucionais e das idéias de reforma sanitária, tendência que já se esboçava 'antes' da vinda da Rockefeller ao Brasil, em 1916. Assim, a própria existência de correntes nacionalistas (que forjaram o ideal de reforma) e a força de nossas tradições de pesquisa (que antecedem a chegada dos estrangeiros) operaram como uma espécie de

anteparo para as aspirações de dominação profissional ou de qualquer outra ordem, por parte dos *Rockefeller medicine men* no Brasil (Castro Santos, 1987, 1997).

No caso particular da Bahia, a delegação de funções e poderes dos governos estadual 'e' federal à missão norte-americana produziu efeitos 'não antecipados' ainda mais evidentes, já que, na falta de organização institucional na área de saúde ou de tradição consolidada de pesquisa experimental (em contraste com São Paulo ou com o Distrito Federal), a Rockefeller e o DNSP se viram obrigados a redobrar esforços para a formação de profissionais e criação de laboratórios e órgãos de saneamento. Note-se, ademais, que o Departamento Nacional de Saúde Pública operava, nesse contexto, como um escudo político-institucional de defesa da 'independência' da Bahia, no plano das políticas públicas, caso a missão exorbitasse de suas funções havia aqui um papel de agente duplo, pois também sucedia, não raro, que o DNSP fizesse chegar a visão da *International Health Division* a autoridades governamentais, políticos, 'coronéis' e lideranças profissionais do estado da Bahia). Assim é que os aparelhos administrativos da saúde passaram por nítido processo de modernização, culminando com a própria criação – pioneira no Brasil – de uma secretaria 'estadual' da saúde, em 1927, como se o DNSP submetesse a teste, na Bahia, um arranjo institucional para difusão posterior em outros estados.

Ao findar a Primeira República, seria possível dizer que tudo estava pronto para uma profunda reforma sanitária, mas dificilmente um governo de base oligárquica, regional ou nacional teria condições de realizar um projeto modernizador ousado. Tal afirmação vale, é claro, para todos os estados brasileiros, inclusive para São Paulo. Na verdade, a proposta 'paulista' de centros de saúde, de Paula Souza, foi bastante ousada quanto ao atendimento da população, e talvez seus críticos não tenham ido tão longe com seus modelos alternativos como pensavam (ou como julga a historiografia), depois da queda da Velha República.

Não cabe aqui traçar, no contexto das políticas de saúde pós-1930, os novos rumos da reforma sanitária em todo o país, sob o horizonte político centralizador do getulismo. Creio que será possível falar de uma nova geração de sanitaristas, como a de Nelson Coutinho, em Pernambuco – órfã do 'sanitarismo' –, pois já não se pode atribuir ao poder central uma ideologia de cooptação das elites intelectuais e de mobilização simbólica da opinião pública lastreada na saúde. A partir desse período, um modelo

econômico de feitio urbano-industrial e novas prioridades estratégicas fizeram do ideal de reforma sanitária nas capitais e da bandeira do 'saneamento dos sertões' um 'plano de governo', de cunho mais técnico do que político-ideológico. O próprio caráter potencialmente mobilizador do campanhismo – o saneamento como ideologia de construção nacional – forçosamente recuaria diante da etapa mais técnica das reformas, que se inaugura no pós-30.

Sobre o campanhismo na Primeira República, parece-me que cabe à historiografia corrigir um equívoco brutal de interpretação. Refiro-me à noção 'belicista' do campanhismo sanitário, que o associa, forçosamente, a uma questão de polícia ou a uma origem bélica. O campanhismo envolvia, de fato, a 'disciplina' (dos profissionais) e a 'organização' (dos serviços) para realização de um fim determinado. Max Weber demarcou esse ponto com notável clareza, ao mostrar que a disciplina dos exércitos, como a disciplina dos conventos, está na base do surgimento das organizações burocráticas do Estado moderno europeu. Isso significa que, a rigor, toda 'organização' envolve o controle dos corpos, a disciplina, a estratégia. Então, as campanhas contra a ancilostomíase no interior do país, durante a Primeira República, foram tão pouco 'belicistas' quanto uma campanha de alfabetização em massa ou de vacinação contra a poliomielite em nossos dias. Cabe, portanto, a análise da intenção dos 'atores' ou formuladores de um programa para atentar para o caráter de uma campanha. Por isso insisto na necessidade de que se faça a distinção entre o programa de vacinação obrigatória contra a varíola, de Oswaldo Cruz, em que a autoridade sanitária se sobrepunha à educação sanitária, e a luta contra o tracoma em São Paulo ou contra a ancilostomíase na Bahia, uma e mais décadas depois. Aliás, se havia a manifestação da autoridade sanitária nessas campanhas, ela se voltava não contra as populações, mas, não raro, contra os proprietários das terras em que as campanhas se realizavam. A meu juízo, o 'campanhismo', entendido como o envolvimento do Estado no combate a endemias e epidemias pela mobilização da população em torno da idéia-força do saneamento (lembrando Monteiro Lobato e Belisário Penna), foi a grande herança da reforma sanitária desse período. Refiro-me particularmente aos anos 20.

Não há como esquecer que os sanitaristas da Primeira República, que foram férteis em ideologias de mudança, encontravam limites no próprio caráter conservador do período. Propostas de modernização

emancipadora – como as de um Samuel Pessoa – teriam de esperar até os anos 80 para se desenharem como politicamente possíveis, com o advento de uma democracia participativa e a eclosão de movimentos sociais pela saúde como direito da cidadania, na longa luta pela reforma sanitária no Brasil.

Notas

[1] Destaque-se a obra de Emerson E. Merhy (1985) e, na década particularmente fértil de 90, trabalhos importantes como os de Gilberto Hochman (1998), Rodolfo Telarolli Junior (1996) e Maria Alice Rosa Ribeiro (1993).

[2] Os trabalhos de vacinação realizados sob a inspiração carismática de Rodolfo Teófilo, na primeira década do século passado, permitiram livrar o Ceará da varíola até pelo menos 1913, quando a enfermidade voltou a alastrar-se (Barbosa, 1994). A lamentar, no citado estudo, que o autor não se tenha debruçado com mais empenho sobre essa figura meio mítica da história cearense, explicitando, em particular, as condições que tornaram possível a Teófilo realizar a campanha antivariólica em regiões controladas por uma oligarquia que lhe era hostil.

[3] Na página 269, Lenilde Sá conclui que os serviços reduziram-se à capital antes de 1921. Contudo, mesmo na cidade, as medidas eram "pontuais", provocadas pelas epidemias, mas logo "esquecidas" ou "atenuadas" (p. 161).

[4] Em meados do século XIX, o Brasil exportava perto de 10% do consumo mundial e Pernambuco, um terço das exportações nacionais de açúcar. Ao findar o Império, a participação brasileira caíra para 2% e a contribuição de Pernambuco declinara para um quarto daquele percentual (Eisenberg, 1974).

[5] Entre 1903 e 1904 Saturnino de Brito foi funcionário do Ministério da Viação e Obras Públicas, tendo sido designado engenheiro fiscal da companhia de esgotos do Distrito Federal, a Rio de Janeiro City Improvements (ver Conferência de Saturnino de Brito Filho, transcrita em Alvarenga, 1979:249-271).

[6] Segundo o autor, mesmo após a desarticulação do PRF estadual, em 1911, houve uma "tênue restauração" da política de partido único, pelos 'dantistas' entre 1911 e 1917 e novamente pelos partidários de Rosa e Silva a partir de 1926 (Levine, 1978:73; 78-79;83).

[7] Os dados são esclarecedores, apontando uma tendência acentuada da elite profissional pernambucana a construir parte de suas carreiras fora do estado. Ver Levine, 1978:178.

[8] Observa-se hoje em dia uma tendência à crítica desses personagens por um olhar fora-do-tempo. Tenho ouvido críticas a Ulisses Pernambucano, por exemplo, por sua adesão à 'institucionalização' de doentes mentais, como se fosse possível a ele antever a reforma psiquiátrica de 50 anos mais tarde. As idéias de Ulisses Pernambucano eram revolucionárias 'para seu tempo', o que valia também para os demais integrantes do pequeno bloco reformista no qual Ulisses era figura central.

[9] Saturnino de Brito refere-se à administração de Herculano Bandeira de Mello, que era ligado ao PRF de Pernambuco e ao grupo 'rosista'. Foi durante seu governo que se iniciaram as obras.

[10] A partir deste ponto, sigo de perto as análises feitas em trabalhos anteriores. Ver Castro Santos (1993, 1998).

[11] Foi esse o caso do dr. Lídio de Mesquita, cirurgião renomado, que chefiou o Serviço Sanitário entre 1906 e 1912.

[12] Consulte-se a Mensagem apresentada à Assembléia Legislativa pelo governador José Joaquim Seabra (Bahia, Imprensa Oficial do Estado, 192:452-458; 1922:39-48, passim); e a Mensagem apresentada à Assembléia Legislativa pelo governador Francisco M. de Góis Calmon (Bahia, Imprensa Oficial do Estado, 1926:180).

[13] Tradução livre.

[14] Governador Severino Vieira, Mensagens ao Legislativo de 1902, 1903 e 1904.

[15] Ver discurso do governador J. J. Seabra à legislatura em 1915:62-70.

[16] *A Tarde*, Salvador, 22 jan., 1918. Como os meios de comunicação com o sul do país eram precários, a necessidade de contar com as importações de soro de São Paulo (ou do Rio de Janeiro) constituía um grave problema.

[17] Carlos Burle de Figueiredo assumiu a direção do Instituto Oswaldo Cruz da Bahia e foi depois substituído por Eduardo de Araújo. Araújo estudou anatomia patológica nos Estados Unidos, a convite da Fundação Rockefeller.

[18] Mensagens apresentadas à Assembléia Geral Legislativa pelo Governador Francisco M. de Góis Calmon (Bahia: Imprensa Oficial do Estado, 1926:68; 1927:100).

[19] Governador José Marcelino, Mensagem à Assembléia Legislativa do Estado da Bahia. Oficinas da Imprensa *A Bahia*, 1908:29-30.

[20] Mensagem apresentada à Assembléia Geral Legislativa do Estado da Bahia, pelo governador José Joaquim Seabra. Bahia, seção de Obras da Revista do Brasil, 1914:48-53.

[21] O contrato foi assinado pelo dr. Paes de Azevedo, representando a Fundação Rockefeller, e pelo dr. Gonçalo Moniz, secretário do Interior e ex-diretor sanitário durante 1915-1916. Em dezembro de 1921, Sebastião Barroso, médico da Profilaxia Rural do governo federal, substituiu Mário Jansen de Farias, diretor da Comissão Rockefeller na Bahia, nas função de chefe dos serviços contra a ancilostomíase. Ver Gonçalo Moniz, Relatório, in Seabra, J. J., Mensagem à Assembléia Legislativa. Bahia, Imprensa Oficial do Estado, 1921:452-458; ver, ainda, José Joaquim Seabra, Mensagem apresentada à Assembléia Legislativa. Bahia, Imprensa Oficial do Estado, 1922:39-48; Francisco M. de Góis Calmon, Mensagem de 1926:170-185.

[22] Entre 1925 e 1926 Saturnino de Brito encarregou-se da organização do projeto de saneamento da capital (Alvarenga, 1979).

[23] Francisco M. de Góis Calmon, Mensagem de 1925:20-40.

[24] Governador Francisco M. de Góis Calmon, Mensagens de 1926:170-188; 1927:221-223; *O Imparcial*, 5 jun., 1928. p. 1.

[25] A Comissão Rockefeller havia aberto dois postos para o controle da ancilostomíase: o primeiro, em dezembro de 1920, no distrito rural de Pirajá, na periferia de Salvador. O segundo, em Santo Amaro, município de agricultura de cana-de-açúcar no

Recôncavo (Gonçalo Moniz, Relatório, in Seabra, J. J., Mensagem à Assembléia Legislativa. Salvador: Imprensa Oficial do Estado, 1921:452-458). José Joaquim Seabra, Mensagem de 1922:39-48; Mensagem de 1923:20-21.

[26] Os postos de saneamento funcionavam nas cidades de Esplanada, Bonfim, Juazeiro, Jequié, Nazaré, Santo Amaro, Canavieiras, São Félix, Valença, Ilhéus, Itabuna, Belmonte, Cachoeira, Alagoinhas, Cruz das Almas e Barra do Rio Grande.

[27] Governador Góis Calmon, Mensagem de 1927:105-107, 205.

[28] Governador Vital Soares, Mensagem de 1929:37-39.

Periódicos

Gazeta Médica da Bahia. Salvador, 1892, 1894, 1895.

O Imparcial. Salvador, 1928, 1929.

A Tarde. Salvador, 1918.

Referências Bibliográficas

ALVARENGA, O. M. *Grandes Vultos da Engenharia Brasileira: Saturnino de Brito*. Rio de Janeiro: Clube de Engenharia, 1979.

BARBOSA, J. P. *História da Saúde Pública do Ceará: da Colônia a Vargas*. Fortaleza: Edições UFC, 1994.

BURNS, E. B. *A History of Brazil*. New York, London: Columbia University Press, 1970.

CASTRO SANTOS, L. A. de. O pensamento sanitarista na Primeira República: uma ideologia de construção da nacionalidade. *Dados, Revista de Ciências Sociais*, 28(2):193-210, 1985.

CASTRO SANTOS, L. A. de. *Power, Ideology and Public Health in Brazil, 1889-1930*, Tese de Doutorado. Cambridge, Mass.: Harvard University, 1987.

CASTRO SANTOS, L. A. de. Meia palavra sobre a 'filosofia positiva' no Brasil. (diálogo com Paulo Eduardo Arantes). *Novos Estudos*, 22:193-198, out. 1988.

CASTRO SANTOS, L. A. de. A reforma sanitária 'pelo alto': o pioneirismo paulista no início do século XX". *Dados, Revista de Ciências Sociais*, 36(3):361-392, 1993.

CASTRO SANTOS, L. A. de. Linhagens e perspectivas: a saúde na América Latina. *História, Ciências, Saúde: Manguinhos*, IV(1):185-195, mar.-jun. 1997.

CASTRO SANTOS, L. A. de. As origens da reforma sanitária e da modernização conservadora na Bahia durante a Primeira República. *Dados, Revista de Ciências Sociais*, 41(3):593-633, 1998.

CAVALCANTI, J. C. S. *O Setor de Saneamento no Brasil: estrutura, dinâmica e perspectivas*, 1987. Dissertação de Mestrado, Rio de Janeiro: Programa de Pós-Graduação em Planejamento Urbano e Regional, Universidade Federal do Rio de Janeiro.

EISENBERG, P. L. *The Sugar Industry in Pernambuco, 1840-1910: modernization without change*. Berkeley: University of California Press, 1974.

FREYRE, G. *Um Engenheiro Francês no Brasil*. Rio de Janeiro: José Olympio, 1940.

GRAHAM, R. *Britain and the Onset of Modernization in Brazil, 1850-1914*. Cambridge: Cambridge University Press, 1972.

HOCHMAN, G. *A Era do Saneamento: as bases da política de saúde pública no Brasil*. São Paulo: Anpocs, Hucitec, 1998.

LEVINE, R. M. *Pernambuco in the Brazilian Federation (1889-1930)*. Stanford: Stanford University Press, 1978.

LIMA, N. T. *Um Sertão Chamado Brasil: intelectuais e representação geográfica da identidade nacional*. Rio de Janeiro: Revan, Iuperj/Ucam, 1999.

LOVE, J. L. *São Paulo in the Brazilian Federation, 1889-1937*. Stanford: Stanford University Press, 1980.

MACAULAY, N. *The Prestes Column: revolution in Brazil*. New York: New Viewpoints, 1974.

MEHRY, E. E. *O Capitalismo e a Saúde Pública: a emergência das práticas sanitárias no Estado de São Paulo*. Campinas: Papirus, 1985.

MONIZ DE ARAGÃO, A. F. *A Bahia e os seus Governadores na República*. Salvador: Imprensa Oficial, 1923.

NEIVA, A. & PENNA, B. Viagem científica pelo norte da Bahia, sudoeste de Pernambuco, sul do Piauí e de norte a sul de Goiás. *Memórias do Instituto Oswaldo Cruz*, 8(3):74-224, 1916.

PANG, E.-S. *Bahia in the First Brazilian Republic: coronelismo and oligarchies, 1889-1934*. Gainsville: University Presses of Florida, 1979.

PENNA, B. *Saneamento do Brasil*. Rio de Janeiro: Tip. Revista dos Tribunais, 1918.

RIBEIRO, M. A. R. *História sem Fim... Um Inventário da Saúde Pública: São. Paulo, 1880-1930*. São Paulo: Ed. da Unesp, 1993.

SÁ, L. D. de. *Parahyba, uma Cidade entre Miasmas e Micróbios: o serviço de higiene pública, 1895-1918*, 1999. Tese de Doutorado, Ribeirão Preto: Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo.

SAMPAIO, C. N. *Crisis in the Brazilian Oligarchical System: a case study on Bahia, 1889-1937*. Tese de Doutorado. Baltimore, Maryland: The Johns Hopkins University, 1979.

SCHWARTZMAN, S. *Bases do Autoritarismo Brasileiro*. Rio de Janeiro: Campus, 1982.

SINGER, P. *Desenvolvimento Econômico e Evolução Urbana*. São Paulo: Cia. Editora Nacional, Ed. da Universidade de São Paulo, 1968.

SKIDMORE, T. *Black into White: race and nationality in Brazilian thought*. New York: Oxford University Press, 1974.

TELAROLLI JR., R. *Poder e Saúde: as epidemias e a formação dos serviços de saúde em São Paulo*. São Paulo: Ed. da Unesp, 1996.

Manuel Núñez Butrón e auxiliar percorrendo o Altiplano em meados da década de 1930. Reproduzida de *Jatun Rijchari: Manuel Núñez Butrón, precursor de la medicina rural*. Lima: Editorial J. Mejía Baca, 1981, de David Frisancho Pineda. Acervo da Biblioteca Nacional, Lima.

Tifo, varíola e indigenismo: Manuel Núñez Butrón e a medicina rural em Puno, Peru*

Marcos Cueto

* Originalmente publicado em CUETO, M. *El Regreso de las Epidemias. Salud y sociedad en el Peru del siglo XX*. Lima: Instituto de Estúdios Peruanos, 1997. Tradução de Paulo M. Garchet.

Na história da saúde pública na América Latina há casos de envolvimento da comunidade, de promoção da higiene segundo configurações culturais preexistentes, e uma espécie de heroísmo silencioso. Um deles ocorreu no departamento de Puno, nos Andes ao sul do Peru, onde, durante a década de 1930, surgiram abordagens holísticas no entendimento e no controle de doenças que refletiam a influência que as idéias sociais exerciam sobre a medicina, a permanência da cultura indígena e a criatividade de alguns indivíduos. Essa perspectiva contrasta com a tendência hegemônica das campanhas de saúde tradicionais, verticais e técnicas, concentradas em doenças infecciosas específicas, e com pouca atenção à educação da comunidade.

O departamento de Puno foi palco de um experimento que combinou crenças médicas nativas e métodos ocidentais de saúde pública. Essa combinação particular foi favorecida pela ascensão de uma corrente cultural conhecida como 'indigenismo', que estimulou uma reavaliação positiva das crenças indígenas e facilitou a introdução de novas práticas de saúde. O principal ator dessa história foi Manuel Núñez Butrón, um médico que organizou uma brigada de saúde e publicou um jornal de medicina dirigido ao povo. O trabalho feito por Núñez Butrón respeitou valores comunitários e, paralelamente, usou os povos indígenas para ampliar a vacinação contra varíola e promover uma campanha contra o tifo epidêmico.

Puno

Núñez Butrón trabalhou no altiplano de Puno, uma enorme extensão de terra localizada às margens do Lago Titicaca, mais de 3.800 metros acima do nível do mar, nos Andes ao sul do Peru e próxima da fronteira da Bolívia. O altiplano tinha um clima duro, frio e seco e desde os tempos pré-colombianos era habitado por dois grupos lingüísticos distintos: os quéchuas e os aimarás. No século XIX, a cidade de Puno, às margens do Lago Titicaca, era o centro comercial e administrativo da região. O comércio, feito por barcos, ligava a cidade com as vilas peruanas e bolivianas à volta do lago. Até o final do século XIX, Puno era um dos departamentos mais miseráveis, marginais e atrasados do Peru (Romero, 1928; Jacobsen, 1993). No início do século XX, contudo, Puno começou a mudar devido à expansão do comércio da lã do camelídeo andino (lhama), à pecuária e à criação de ovelhas. A maior parte da lã era exportada para a Europa. A população indígena usava-a apenas em objetos artesanais como chapéus,

ponchos e luvas. Embora jamais tenha atingido a importância de outros produtos de exportação, como o açúcar e o cobre, por volta de 1918 a lã havia se tornado o segundo item da pauta de exportações em termos de receita para o governo (Barreda, 1929; Miller, 1982). A lã de Puno era embarcada para o porto de Mollendo, em Arequipa, Peru, cidade mais comercial e também localizada nos Andes do sul do país, de onde era exportada para todo o mundo.

Graças ao comércio da lã, Puno aumentou seus contatos com o mundo exterior, perdendo parte de seu isolamento. Em 1908 foi concluída uma linha férrea ligando Arequipa a Cuzco, a antiga capital dos incas, e passando pelo departamento de Puno. Fez-se um ramal ferroviário para acesso à nova cidade de Juliaca, mais acessível, que ficava a cerca de 47 quilômetros da cidade de Puno. Desse momento em diante, Juliaca tornou-se o principal centro de entrada e saída de mercadorias do altiplano (Jiménez, 1924; Dew, 1969), provocando o declínio da antiga cidade de Puno, que, no entanto, conservou seu papel administrativo como capital do departamento. A súbita ascensão de Juliaca atraiu uma pequena comunidade de operários, empregados de escritório e mercadores, inclusive um grupo de italianos que vendia artigos de mercearia, dava crédito às *haciendas* e levava parte da lã para comerciar. Foi nessa cidade, que passava por um processo de modernização bem no centro de uma área indígena tradicional, que Núñez Butrón instalou seu quartel-general.

A maioria dos camponeses de Puno vivia em comunidades com uma longa história, controlava suas terras, vendia seus produtos e tinha um alto grau de autonomia política. Como em qualquer outra parte do sul do Peru, as comunidades coexistiam com grandes latifúndios que estavam em mãos de uns poucos indivíduos. As condições favoráveis que predominavam no mercado da lã levaram muitos proprietários de terra a expandir suas propriedades às custas das terras comunitárias. Algumas propriedades indígenas foram literalmente tomadas de assalto e absorvidas pelas grandes *haciendas*. Isso provocou uma série de revoltas indígenas entre 1900 e 1920. A mais famosa, em 1915, foi liderada pelo sargento Teodomiro Gutiérrez Cuevas, conhecido como 'Rumi Maqui', e exigia a devolução da terra aos camponeses e a restauração do Tawantinsuyu, o antigo império inca (Kapsoli, 1977). Essas revoltas foram debeladas pela força com a ajuda da Gendarmaria e do Exército.

O conflito entre as comunidades indígenas e os proprietários de terra diminui após 1925 (Maltby, 1972), em parte devido à queda na demanda

internacional da lã peruana, conseqüência da descoberta de novas fibras sintéticas, da preferência que a Inglaterra dava a suas possessões coloniais após a Primeira Guerra Mundial e, mais tarde, da crise de 1930. Outro fator por trás do alívio do conflito foi a bem-sucedida resistência das comunidades indígenas, que evitou que perdessem todas as suas terras. Pelo final da década de 1920, estabeleceu-se na região uma relativa paz social, devida não à derrota das organizações indígenas, mas a uma recessão econômica e ao empate político entre os *hacendados* e as comunidades indígenas. Em conseqüência, diminuiu a tensão e métodos legais, não violentos, tornaram-se os canais preferidos para a solução de conflitos. A brigada sanitária organizada por Núñez Butrón realizou seu trabalho nesse contexto em que a cooperação era enfatizada, em vez do confronto. O novo espírito político favoreceu a brigada, pois ela recebeu apoio dos diversos grupos, inclusive dos proprietários de terras, mercadores e organizações campesinas em sua luta por um bem comum: a saúde pública. As condições de paz social permitiram, também, que as comunidades contribuíssem com recursos e voluntários.

Outra característica dessa região que estimulou a organização da brigada foi a presença de adventistas e seu interesse pela higiene. Desde 1909 havia, no altiplano, pastores adventistas do Sétimo Dia norte-americanos e argentinos. Eles visitavam as povoações indígenas atuando como médicos e professores, mas ficavam apenas onde seus serviços eram requisitados. No início, foram recebidos com curiosidade, e depois com simpatia em várias áreas remotas onde nem o Estado, nem a Igreja atuavam, e as escolas ou a medicina ocidental eram sequer conhecidas. Por volta de 1919 os adventistas haviam estabelecido um importante centro de pregação na cidade indígena de Platería.

Uma de suas metas era mudar alguns costumes perniciosos dos índios, como o abuso de álcool e o hábito de mascar folhas de coca. Este último tinha origens culturais e religiosas, e os índios eram levados a ele pelo sacrificado trabalho manual: a coca acalmava a fome e ajudava a esquecer a fadiga, aliviando a dureza de seu trabalho. No entanto, ela tinha efeitos tóxicos, quando mal utilizada e quando o usuário estava mal nutrido. Os adventistas insuflavam a auto-estima daqueles que abraçavam seu credo, e aparentemente foram bem-sucedidos. Um escritor limenho ficou surpreso ao constatar que os "índios" adventistas tinham uma qualidade incomum no povo andino: tinham orgulho de ser quem eram: "eles olham em seus olhos e o cumprimentam sem beijar a mão (...) estão conscientes de

seus direitos e deveres mais essenciais" (Roca, 1935:206). Os adventistas eram incomodados pelo bispo católico de Puno, mas em 1915 o Congresso Nacional eliminou as restrições à celebração de cerimônias públicas para não católicos. Um indício de sua influência é que, em 1916, havia 19 escolas primárias adventistas em Puno, número que havia subido para 80 em 1926. De acordo com o censo de 1940, Puno era, de longe, o departamento peruano onde havia mais protestantes.[1]

Muitos dos líderes da brigada sanitária indígena eram adventistas que vieram a cooperar com Núñez Butrón. Alguns deles, como Melchor Cutipa Coaquira, viam a participação na brigada como um prolongamento de suas atividades religiosas.[2] Mesmo sendo católico, Núñez Butrón confiava nos adventistas porque encontrou neles voluntários acostumados a sacrificar-se por suas comunidades, que haviam recebido educação primária e eram capazes de comunicar-se em público.

A preocupação com a educação rural não era monopólio dos adventistas. A distância entre Puno e os centros de decisão levou a que o sistema educativo oficial negligenciasse o departamento. De acordo com um censo educacional realizado em 1902, apenas 11% dos meninos do departamento entre quatro e 14 anos de idade recebiam alguma educação (Romero, 1928). Um grupo de intelectuais da província tentou modificar essa situação, promovendo a educação dos indígenas. Entre eles estava o educador e intelectual de renome José Antonio Encinas, que, entre 1906 e 1911, dirigiu uma escola primária em Puno onde se ensinavam línguas indígenas (Portugal, 1986). Alguns de seus alunos que se tornaram professores em suas próprias comunidades apoiaram as atividades de Núñez Butrón e ampliaram os objetivos da brigada, estabelecendo escolas primárias onde as lições de higiene ocupavam um lugar importante.

O trabalho de Encinas e as atividades sanitaristas de Núñez Butrón foram partes de uma ascensão, nas províncias peruanas, de um movimento nacionalista e étnico conhecido como 'indigenismo'.[3] Desde a virada do século, Lima e algumas cidades andinas passavam por um intenso processo de renovação cultural que se manifestava no desenvolvimento de correntes intelectuais que procuravam mudar a imagem negativa dos índios então prevalecente na sociedade. O indigenismo desenvolveu um movimento literário que idealizou o Império Inca. Essa nova corrente levada a Lima por escritores, jornalistas e estudantes universitários das províncias rejeitava a linha positivista que sustentava que os índios seriam uma raça inferior com desenvolvimento interrompido ou, então, menores aptos ape-

nas para trabalhos manuais, serviço militar e servidão. Para esses intelectuais, a sociedade, a história e a cultura indígenas teriam de ser reavaliadas caso se desejasse integrar os nativos (Kristal, 1991).

O indigenismo era interpretado também como o desenvolvimento de uma nova identidade nacional cujo enfoque seria a cultura pré-colombiana, que sobrevivera a séculos de adversidades. Sua variante mais moderada rejeitava o racismo, ignorava os aspectos econômicos da exploração indígena e patrocinava leis benéficas, como a universalização da educação primária ou o serviço militar universal. Na forma mais radical, o indigenismo ou era o reverso do racismo, ou propunha a eliminação das *haciendas*. Embora tivesse suas raízes na literatura, a influência do indigenismo estendia-se à política, à pintura, às ciências sociais e à medicina (Cueto, 1989).

Em fins da década de 1930, o indigenismo foi eclipsado pelo hispanismo entre os intelectuais de Lima. Esta última corrente fazia uma avaliação depreciativa da cultura pré-colombiana e enfatizava a herança hispânica do Peru. Exaltados pela Guerra Civil Espanhola e pela subseqüente vitória de Franco, intelectuais conservadores incensavam as tradições hispânicas e rejeitavam a idealização do mundo andino. Nas cidades andinas do sul, porém, as condições eram diferentes. Ali, o indigenismo se desenvolvera antes da década de 1920 e continuou ativo até o início da de 1940. Alguns exemplos desses acontecimentos foram o surgimento de sociedades culturais como a Bohemia Andina, Orkopatta e Laykakota em Puno, e jornais como *Kosko*, *La Sierra*, *Kuntur*, e o *Boletín Titikaka* (Wise, 1989, 1984). Essas organizações e jornais, orgulhosos defensores da cultura e da história da província peruana, criticavam o centralismo de Lima e definiam a identidade dos intelectuais andinos. Para Valcárcel, um traço que distinguia os indigenistas de Puno era seu grande envolvimento com movimentos sociais, alguns chegando, até, a participar na elaboração das exigências dos levantes camponeses (Valcárlel, 1981; Rengifo, 1977; Tamayo Herrera, 1982). Um exemplo desse tipo de intelectual foi Rodríguez Aweranka, que pertenceu ao grupo Orkopatta, foi educado por Encinas, e mais tarde colaborou com Núñez Butrón. Tanto Rodríguez Aweranka como Núñez Butrón foram influenciados na mocidade por movimentos indígenas e pelos indigenistas. Analisaremos suas atividades sanitaristas, a seguir, como parte de uma defesa em grande escala da cultura e da sociedade indígenas. Fossem eles católicos ou adventistas, os outros líderes da brigada de Núñez Butrón também viveram em um ambiente cultural marcado pelo indigenismo.

Resumindo, três fatores explicam o contexto em que se realizou a obra sanitarista de Núñez Butrón: a relativa paz social estabelecida entre as comunidades indígenas e os grandes latifúndios (que tornou possível angariar recursos em várias fontes); a promoção da higiene e da educação pelos adventistas (que prepararam líderes indígenas para o trabalho em prol de suas próprias comunidades); a difusão do indigenismo entre os intelectuais da província (criando um sentimento favorável à cultura indígena).

Núñez Butrón

Alguns aspectos da biografia de Núñez Butrón são também úteis para entender-se a brigada sanitarista indígena que ele liderou. Manuel Núñez Butrón nasceu em 1899 em Samán, uma pequena cidade no extremo sul da província de Azángaro. Foi reconhecido como filho ilegítimo de padre católico e uma mestiça de classe média.[4] Seu caso não era incomum nos Andes, onde era costume reconhecerem-se os filhos ilegítimos. Em seus primeiros anos, Núñez Butrón enfrentou obstáculos, pressões e expectativas de mobilidade social que certamente eram típicas da vida dos poucos jovens de Puno que conseguiam obter uma educação formal.[5]

Em uma declaração autobiográfica, Núñez Butrón relataria mais tarde como, ao longo de seus estudos, tivera dificuldade com sua identidade por ser chamado de índio ou *misti*, o nome espanhol dado aos brancos que viviam nos Andes (Bourricaud, 1967).[6] Não se tratava de diferença racial apenas. Os *mistis* falavam espanhol, eram alfabetizados, viviam em cidades, e pertenciam geralmente às classes média e superior. Em sua cidade natal, Núñez Butrón era considerado um *misti* porque seus pais falavam espanhol. Mais tarde, quando freqüentou a escola elementar em Juliaca, foi considerado índio porque vinha do interior da província. Núñez Butrón conseguiu ser tido em pé de igualdade com o resto de seus colegas de turma depois de alguns anos de esforço, de simpatia e de habilidade. A mesma experiência repetiu-se quando foi estudar na renomada escola San Carlos, em Puno – a única escola secundária do departamento desde 1851 – onde ninguém estava disposto a aceitá-lo como *misti* porque vinha de Juliaca, considerada uma cidade de menor importância.

Os adolescentes das famílias que viviam às margens do lago não estavam dispostos a aceitar um rapaz de Samán, ou mesmo de Juliaca, com um de seus pares. Uma vez mais, Núñez Butrón conseguiu afirmar-se e ser aceito por seus colegas. O choque foi talvez mais forte quando foi

estudar ciências na Universidade de Santo Agostinho, em Arequipa, e o ciclo de rejeição e aceitação repetiu-se uma vez mais. Arequipa, a segunda cidade peruana em termos de população e comércio, era o destino favorito de muitas famílias imigrantes de origem européia e tinha uma elite branca e mestiça que ficava mais nitidamente afastada do restante da sociedade. Para essa elite, os caminhos da mobilidade social ascendente estavam barrados por rígidos critérios raciais, culturais e econômicos.

Núñez Butrón contou, com algum ressentimento, como os universitários de Arequipa costumavam gritar "índio" quando passavam por ele na rua, como se isto fosse um grande insulto. O fato de viverem juntos, os debates, os esportes e talvez algumas cenas de pugilato lhe valeram a apreciação dos locais. Finalmente, a mesma história de rejeição inicial devida a razões raciais e geográficas e sua eventual aceitação por suas qualidades culturais e pessoais repetiu-se em Lima, onde estudou na Universidade San Marcos durante um ano. Vale a pena ressaltar que ao se matricular na Universidade San Marcos, Núñez Butrón declarou-se natural de Arequipa, ou porque isto era hábito entre os estudantes de Puno, ou porque sua certidão de nascimento fora registrada em Yanahuara, uma pequena vila próxima à cidade de Arequipa.[7] Nessa época, ele voltou a Puno em uma de suas férias e se sentiu um tanto superior porque ninguém poderia chamá-lo de índio. Podemos bem imaginar que ser um aluno da Universidade de San Marcos fosse um símbolo de *status* para um jovem punenho. É também prova de que, ainda que a educação peruana não fosse uma via de ascensão social para todos os jovens das províncias, de fato o era para alguns indivíduos bem-sucedidos como ele.

Seus problemas de identidade, contudo, não haviam terminado. Núñez Butrón viajou para a Espanha, onde foi cursar medicina em Barcelona, atraído pela chance de estudar na Europa e levado pelo fechamento temporário de San Marcos em 1921, devido a uma greve de professores.[8] Na Espanha, nem todos os seus esforços anteriores foram suficientes para lhe garantir uma nova vitória na mesma escala. A despeito de falar a mesma língua, era sempre chamado de índio apenas porque vinha do Peru. Segundo Nunes Butrón, a seus colegas espanhóis não importava se era de Juliaca, Arequipa ou Lima: não conseguiam perceber as sutis diferenças entre um índio e um *misti* (um termo que só era válido no Peru). Eles o identificavam, simplesmente, como peruano, vale dizer, índio.

A inalterável resposta dos espanhóis deixou uma marca indelével na personalidade de Núñez Butrón. Para ele, "aqueles que não eram índios"

fizeram com que passasse "a gostar dos índios". Foi apenas então que ele percebeu que "as transformações anteriores haviam sido de costumes, não de raça", e começou a identificar-se com sua herança cultural indígena.[9] Foi só em Barcelona que o indigenismo finalmente cristalizou sua própria identidade. Isso, no entanto, só ficou aparente quando de seu retorno ao Peru, em 1925.

A experiência de Núñez Butrón em Barcelona, entre 1921 e 1925, foi também importante por outras razões. A cultura, a universidade e a medicina passavam então por um duplo processo de europeização e nacionalismo, nessa cidade. Tal processo se revelava em uma proximidade com a ciência européia, particularmente com a tradição experimental da fisiologia francesa, e na recuperação do catalão como língua válida para eventos acadêmicos e jornais especializados. Entre os professores de Núñez Butrón havia líderes da medicina espanhola, como Augusto Pi Suñer, o presidente da Sociedade Biológica de Barcelona, e Andrés Martínez Vargas, o fundador da Sociedade Pediátrica Espanhola. Suas melhores notas (excelente e distinção) foram em anatomia, fisiologia e patologia (não passou de um simples "aprovado" em "higiene com práticas bacteriológicas").[10] A saúde pública na Espanha também passava por um processo de renovação que se revelava na organização de brigadas sanitárias e campanhas de popularização (Rodríguez Ocaña, 1987; Rico Avello, 1969).

Núñez Butrón regressou ao Peru em 1925, e durante um curto período considerou a idéia de estabelecer-se em Lima.[11] Seu diploma estrangeiro teria certamente atraído clientes. Contudo, depois de trabalhar alguns meses em Lima, em uma escola e como médico militar, Núñez Butrón voltou a Puno onde foi, sucessivamente, nomeado médico do Estado nas províncias de Azángaro, Huancané, Lampa e San Román.

Saúde na Região de Puno

Pelo final da década de 1920, o departamento de Puno era uma das áreas mais pobres do Peru, e uma das mais negligenciadas pelo Estado. O censo de 1940 indica uma alta correlação entre analfabetismo, superpopulação e falta de água e instalações sanitárias (Censo Nacional de Población y Ocupación de 1940; Ureta del Solar, 1946).

As condições miseráveis de vida e a negligência do governo haviam tornado endêmicas a febre tifóide, a disenteria e outras doenças, particularmente a varíola e o tifo epidêmico. Algumas delas existiam desde os

tempos coloniais e haviam recebido vários nomes na língua quéchua, como *muru* para varíola e *hatun onkoy* (a grande doença), *tabardillo* e *tuila* para tifo.[12] Para a maioria dos punenhos, essas enfermidades eram causadas por forças sobrenaturais desencadeadas pelas divindades, por inimigos e pela inobservância de rituais religiosos como as homenagens devidas aos ancestrais, à terra e outros elementos da natureza. Em Puno, os índios acreditavam que a saúde dependia de uma relação harmoniosa e grata com algumas montanhas sagradas onde viviam os *achachilas*, espíritos guardiões da comunidade que velavam pelo bem-estar das pessoas, plantas e animais. Em Chucuito (Puno), o poder de adivinhar o desconhecido, curar doenças e adular os espíritos era compartilhado por vários indivíduos como os *paccos* (videntes), *laiccas* (bruxas), *colasiri* (curandeiros), *yatiris* (que previam a sorte), *coliris* (enfermeiras) e *usuriris* (parteiras). Cada um desses tinha um papel diferente, mas o que geralmente se pedia a eles era que descobrissem desequilíbrios ecológicos e sociais, ou o comportamento que causara a doença, e que restabelecessem o equilíbrio entre o paciente, a comunidade e o meio ambiente (Valdizán & Maldonado, 1922; Marroquín, 1940; Bastien & Donahue, 1981).

Para entendermos por que o tifo epidêmico e a varíola eram endêmicos nos Andes e, menos freqüentemente, na costa, precisamos ressaltar algumas características dessas doenças. O tifo epidêmico é causado por um microrganismo (*Rickettsia prowazekii*) que, como todos os *Rickettsias*, é um meio-termo entre vírus e bactéria, e só é transmitido de uma pessoa doente para outra saudável por meio do piolho *Pediculus humanus*, que vive próximo ao calor do corpo humano, nos cabelos e nas roupas.[13] É importante ressaltar que superpopulação, falta de higiene e baixas temperaturas são as condições que geram um ambiente favorável para o tifo epidêmico, uma doença que se caracteriza por febre alta, prostração, dor de cabeça, dores no corpo e uma irritação que acomete todo o corpo. Em Puno, o clima inclemente, a falta de combustível e a pobreza revelada na posse de apenas uma roupa andrajosa, tudo contribuía para a disseminação da doença. Locais como os acampamentos militares, as prisões e as choças superpovoadas dos índios andinos criavam as condições essenciais para a disseminação do tifo. Essas habitações eram não apenas pequenas, como sujas e restritas a um só cômodo construído com tijolos de argila e palha, com piso de terra e sem qualquer luz ou ventilação. Os moradores dormiam ou no chão, ou em plataformas de barro, envoltos em andrajos sujos e peles de animais cuja lã havia sido raspada. Segundo uma testemunha, em uma

choça de Puno vivia "uma família com as crianças e parentes, e onde dormiam comiam, cozinhavam, armazenavam suas provisões e utensílios domésticos" (Marroquín, 1945, 1954:27).

A doença se espalhava também graças às viagens dos camponeses para participar nas feiras locais e para o trabalho sazonal no campo. O comércio da lã levou ao declínio da economia natural e à substituição das feiras anuais por outras mais freqüentes. Os piolhos espalhavam a doença entre as multidões de pessoas que iam aos mercados e cerimônias religiosas, além do contágio devido a alguns costumes andinos, como velar pelos mortos durante vários dias, dormir na mesma cama que os doentes e lavar as roupas dos falecidos oito dias depois de sua morte. Em algumas partes do altiplano, acreditava-se que as crianças não deviam ter seus cabelos cortados entre o nascimento e o segundo aniversário (quando ocorria uma cerimônia especial) porque isto enfraqueceria seus dentes (Vásquez Lapeyre, 1952; Chávez, 1957).

As áreas mais afetadas pelo tifo epidêmico foram as cordilheiras central e sul do Peru. As baixas temperaturas e a escassa umidade dessas áreas localizadas mais de 2.000 metros acima do nível do mar favoreciam a disseminação do *Rickettsia*. A costa e a floresta amazônica estavam livres do tifo epidêmico (Rebagliati, 1940; Marroquín, 1949). Na virada do século, os médicos peruanos acreditavam que o tifo era uma doença do altiplano, devida a uma combinação de fatores climáticos, como a temperatura, biológicos, como a imunidade produzida pela doença, e sociais, como as habitações superpovoadas dos camponeses andinos (Kuczynski Godard, 1940; Pesce, 1906; Lorente e Flores, 1925). Um estudo feito na década de 1920 observava que o "tifo não é contagioso onde a temperatura fica acima dos 20 graus [e mais ainda] (...) a doença jamais surgiu na costa" (Vásquez Lapeyre, 1952:50). Essa distribuição levou um médico a fazer um mapa da doença:

> Se desejarmos visualizar a extensão e o número de casos do tipo epidêmico em termos de área e profundidade, teremos de representar a área tifóide como uma pirâmide apoiada nos Andes, com sua base retangular nos departamentos do altiplano sul e decrescendo em escopo e incidência à medida que nos deslocarmos em direção aos departamentos andinos do norte do país. (Vásquez Lapeyre, 1952:50)

A persistência e a magnitude da doença refletem-se no testemunho de um subprefeito de Puno que reclamou, no início do século XIX, que o

tifo epidêmico cobrava um alto preço e reduzia comunidades "com mais de duzentos índios (...) a oito ou dez famílias" (Vásquez Lapeyre, 1952:50). Os anos para os quais temos estatísticas confiáveis indicam a maior prevalência da doença no altiplano. Por exemplo, em 1950, a taxa de mortalidade por tifo no altiplano foi de cem casos por cem mil habitantes, enquanto na região costeira não passou de 31 casos. Na floresta amazônica houve apenas um caso em cada cem mil habitantes (Vásquez Lapeyre, 1952). Um meio indireto e ineficiente de controlar o tifo epidêmico era o hábito de catar manualmente os piolhos das pessoas, mastigando-os em seguida. Segundo a crença dos índios, além de tal prática desenvolver a imunidade, um certo número de piolhos seria necessário ao corpo porque eles "tiravam o sangue ruim" (Valdizán, 1923:204). Usava-se, também, a urina para lavar os cabelos, porque se acreditava que ela "removia a sujeira" (Kuon Cabello, 1949:143). Mais ainda, de acordo com um médico de Cuzco "a urina em decomposição [*pocko-jispay*]" era comumente usada "como panacéia, a ser ingerida com ou sem sal, para tratar diversos males" (Gamio, 1952:19).

Por volta de 1930, a única maneira de controlar a doença era eliminar os piolhos e manter uma boa higiene pessoal, raspando os cabelos e usando roupas limpas. Nem mesmo isso era feito, no entanto. Nas cláusulas introdutórias de uma lei de 1931 reconheceu-se que, no que se referia ao tifo, "jamais houvera (...) uma campanha bem organizada".[14] Somente na década de 1950 veio surgir uma combinação eficaz de vacina e inseticida. Quando Núñez Butrón era ainda vivo, o controle do tifo necessitava de uma organização disciplinada que promovesse a higiene.

A outra doença proeminente no altiplano contra a qual lutou a brigada foi a varíola, da qual padecera o próprio Núñez Butrón e que lhe deixara marcas no rosto. *Variola major*, a variedade mais mortal da doença, era muito temida nos Andes, desde o período colonial, devido à sua mortalidade e às seqüelas que deixava: desfiguração, cegueira, incapacitação. A varíola era produzida por um vírus transmitido diretamente de uma pessoa para outra, principalmente por gotas de saliva do nariz ou da boca. (isso exige proximidade, comum nas condições de habitações superpovoadas dos Andes). A doença começava geralmente com febre alta, frio violento, dor de cabeça e dores na cintura e nas costas, mais uma estranha dificuldade de olhar para a luz.[15] Mais tarde apareciam pintas na pele, particularmente no rosto e nas coxas, e que coçavam terrivelmente e se

tornavam pústulas. Finalmente, apareciam cascas amarelas que ao cair deixavam marcas para toda a vida.

Não havia cura para a varíola. Ela matava ou deixava imunidade permanente. Aqueles que sobreviviam tinham seus rostos marcados com pequenos sinais, o que explica o nome em espanhol que tinham na costa: *borrados* (apagados) e *cacaruñados* (rostos danificados), e *fieros* (ferozes) no altiplano. Nos Andes, eram os preferidos para casamento porque se acreditava que fossem os mais fortes, já que traziam no rosto a marca da imunidade contra uma das doenças mais temidas.[16] A falta de qualquer estigma devia-se à extensão da doença. Havia algum estoicismo diante da varíola, e até diante do tifo epidêmico, que levava a que fossem aceitos como um evento cotidiano, quase inevitável. Isso se revela também na crença dos índios de que a varíola seria causada por uma divindade errante, caprichosa e má, que atacava sem aviso. Acreditava-se que esse ser vigiava de um dos cantos do quarto quando os visitantes vinham visitar os doentes e se irritavam quando a roupa da cama era sacudida, quando as pessoas choravam diante do defunto, ou quando seu nome era mencionado. Aconselhava-se homenagear a divindade com flores e frutos para apaziguar sua ira, levar as crianças à casa dos doentes para que a divindade pudesse reconhecê-las e pegar as roupas do falecido oito dias após o funeral (Castro Pozo, 1924).[17]

A vacinação, conhecida desde 1798, quando foi popularizada por Edward Jenner, era o único método eficiente de prevenção. No Peru, a vacinação chegara em 1804 com uma expedição espanhola e fora promovida de forma limitada durante o século XIX, primeiro por intermédio dos padres seculares nas paróquias, e depois pelas municipalidades, sendo que nestas criara-se o cargo de Inspetor de Higiene e Vacinas, no final do século XIX (Lastres, 1957). Houve alguma melhora em 1896, ano em que a vacinação passou a ser obrigatória, em que se estabeleceu uma instituição especializada (o [Instituto] Nacional de Vacinas e Soroterapia), e o governo criou o cargo de Vacinador (1905). A imposição do cumprimento da lei continuou em mãos das municipalidades, sendo as vacinações realizadas nas praças e mercados. Em 1908, novos regulamentos estabeleceram multa para pais, tutores ou empregadores que opusessem resistência à vacinação de seus filhos e empregados. A medida não foi totalmente imposta, como sugere o fato de o poder executivo ter assumido a vacinação em 1928. Além da resistência do povo, houve também o problema de manter as vacinas refrigeradas (Reglamento del Servicio de Vacunación y Revacunación

Antivariólicas, 1908). Em Puno, os curandeiros, além de parte da população local, desconfiavam das vacinas por várias razões. Eles acreditavam que ela poderia transmitir varíola e outras doenças como a sífilis (o que era verdade), e alguns temiam que os registros de vacinação fossem usados para criar novos impostos. Os curandeiros preferiam prevenir a doença ingerindo as cascas das feridas dos doentes de varíola e usar como remédio um suco preparado com excrementos de vaca (Valdizán & Maldonado, 1922; Valencia, 1953).

A varíola declinou na costa e nas cidades principais a partir de 1920 devido à maior distribuição de vacinas. Por volta de 1919, isso levou a uma redução nos casos de varíola em partes dos Andes norte, como Cajamarca.[18] Ao sul, as longas distâncias e os instáveis sistemas de transporte faziam geralmente com que as vacinas enviadas de Lima chegassem em condições imprestáveis. Além disso, entre a população andina "a resistência [do povo] era maior, sendo algumas vezes necessária a ajuda da polícia" (Lorente & Flores,1925).

Foi apenas em 1943 que o Ministério da Saúde estabeleceu o Serviço Nacional de Vacinação, em resposta à brutal epidemia de varíola que dizimara Ayacucho. O serviço ampliou o escopo, e o número de pessoas vacinadas cresceu de 339.603 em 1940 para 1.876.406 em 1955. Ela ressurgiu em 1964, e uma campanha baseada em uma vacina mais barata e aplicada a cinco milhões e meio de pessoas erradicou completamente a doença do Peru por volta de 1967. Pouco depois, a doença seria erradicada em todo o mundo (Fenner et al., 1988; Portugal, 1947; Bouroncle Díaz, 1970).

Em Puno, na década de 1930, os principais problemas nas vacinações eram obter o apoio de Lima, superar a resistência da população e encontrar um grupo de vacinadores. Núñez Butrón dispunha de poucos recursos para iniciar essa tarefa. Segundo o censo de 1940, em todo o departamento havia apenas 26 indivíduos especializados em profissões ligadas à saúde, isto é, médicos, enfermeiras, técnicos e obstetras, o que, para uma população de 646.385, dava uma média de 24.860 habitantes para cada profissional. Isso fica ainda mais sério se lembrarmos que 92% da população ficavam espalhados pelo interior (Marroquín,1945).

Em Lima, a capital do país, onde trabalhava mais da metade dos profissionais do Peru, a média em 1940 era de um profissional para 362 habitantes. Segundo o mesmo censo, a média nacional era de 2.224 habitantes por profissional. Segundo um relatório de 1930, dos 5.213 leitos

existentes em 44 hospitais, 3.775 ficavam na costa, considerada a região mais moderna do país, enquanto 1.373 ficavam no altiplano, e 65 na floresta amazônica, regiões estas tidas como as mais atrasadas (Olaechea, 1933).

A falta de médicos na província devia-se aos baixos salários pagos aos médicos do Estado, à instabilidade das nomeações devida à falta de carreiras de saúde patrocinadas pelo poder público (apenas em 1937 a saúde foi incluída entre os serviços públicos, instituindo-se uma carreira específica), à falta de clientes que pudessem sustentar a prática profissional, e aos custos em termos de transportes e comunicações em que incorria a prática dos médicos itinerantes. Entre as obrigações dos médicos do Estado estava a assistência gratuita em hospitais, morgues, prisões, quartéis do exército e escritórios públicos. Em contrapartida, esses médicos tinham poucos colegas com quem pudessem interagir e dependiam dos caprichos das autoridades quando se tratava de obter recursos.[19] O trabalho nas províncias era, portanto, solitário e desanimador.

Embora a lei obrigasse os médicos do Estado a morar nas capitais das províncias, a maioria preferia viver na capital do departamento. Em um país onde a medicina só era ocupação profissional nas cidades, os jovens médicos evitavam estabelecer-se em áreas remotas. A Faculdade de Medicina de San Marcos tinha uma orientação urbana e clínica, com pouca ênfase em pesquisa e saúde pública.[20]

Uma citação de Núñez Butrón ilustra a dureza que um médico do Estado enfrentava nos Andes peruanos e em áreas rurais:

> O governo paga aos médicos do Estado (...) para combater os surtos de epidemia em sua jurisdição, mas o que pode um homem fazer, não importa quão bom cientista ele seja, se é seu dever cuidar de milhares de pessoas dispersas por centenas de quilômetros à sua volta? O que pode fazer um jovem médico, recém-saído da escola de medicina, se contar apenas com um termômetro e um caderno de receitas? O termômetro não durará muito e o caderno de receitas servirá para prescrever remédios que chegarão após decorridos vários dias, muito depois da morte do doente. (Núñez Butrón, 1944:9-10).

Nessas condições, muitos médicos provincianos só cuidavam dos doentes que viviam no interior quando havia um surto de epidemia, ou quando tinham algum tempo livre. Suas atividades concentravam-se nos centros urbanos, onde cuidavam das classes média e alta e podiam ganhar algum dinheiro extra vendendo remédios a seus pacientes ou administrando uma farmácia.[21]

Núñez Butrón tentou ir além do papel tradicional dos médicos de província. Como a maioria dos doentes não podia ir a Juliaca, decidiu viajar às diversas localidades, primeiro a cavalo, depois de motocicleta e finalmente de carro. Logo percebeu que esse método era inadequado, e que precisava de assistentes. Em suas viagens estabeleceu contato com pessoas que estavam dispostas a cooperar, e tratou de organizá-las em uma brigada.

A Brigada Sanitária

Em 1933, Núñez Butrón estabeleceu a primeira brigada sanitária em Isla, uma comunidade próxima de Juliaca com uma população ligeiramente superior a trinta mil.[22] A brigada e seus membros receberam o nome quéchua de *rijchary*, que pode ser traduzido como 'despertos'. O nome tinha uma profunda conotação étnica. A noção de despertar a raça indígena havia sido mencionada anteriormente pelos indigenistas, em uma sugestão de que o atraso dos grupos nativos não era uma condição permanente (Valcárcel, 1927). Cada *rijchary* recebia uma braçadeira da Cruz Vermelha (mesmo não havendo qualquer vínculo formal com esta organização) e um documento confirmando sua nomeação. Um artigo no jornal que a brigada publicava traz um relato idealizado da dedicação e do ascetismo dos *rijcharys*: "eles falam as línguas [quéchua e aimará] (...) não buscam lugares para se divertir (...) Eles vivem com seu povo (...) Não são sanitaristas para curar, mas *rijcharys* para prevenir".[23] Novas brigadas surgiram depois, em Rancho, Chacas, Collana e outras comunidades.

Os líderes da primeira brigada foram os irmãos Cutipa Coaquira, adventistas que haviam concluído a escola primária. Havia na brigada, ainda, índios que tinham servido no Exército durante dois anos. Vale observar que os índios que regressavam a suas comunidades após a experiência militar (que geralmente implicava transferência para uma área urbana) haviam sido expostos a novos padrões culturais e tornavam-se líderes locais naturais. Eustakio Rodríguez Aweranka, por exemplo, um ex-soldado, tornou-se uma das figuras proeminentes da brigada (outra de suas qualificações era o fato de falar espanhol, quéchua e aimará.) A brigada também incluía mulheres em posições de liderança. Isso não era um caso raro, uma vez que as mães geralmente eram encarregadas dos tratamentos domésticos e dos remédios administrados dentro das famílias. Finalmente, a brigada incluía curandeiros e herbanários que aceitavam alguns dos métodos

de Núñez Butrón sem deixar de todo suas crenças. Segundo um líder da brigada, em vez de perseguidos, os curandeiros eram procurados para "elogiar seu trabalho nas áreas onde a medicina jamais chegaria (...) [e assim] tirar proveito de seus poderes sugestivos (...) [e] esvaziar a campanha que poderiam organizar contra a medicina".[24] Núñez Butrón recorreu ocasionalmente a explicações mágicas para recomendar a vacina contra varíola como remédio contra 'todos os males', e usava, ele mesmo, ervas e emplastros (uma das técnicas da medicina tradicional) para curar feridas.[25]

O recrutamento de adventistas, antigos soldados e curandeiros ampliou a aceitação do discurso sanitarista de Núñez Butrón e estimulou as comunidades indígenas a cuidarem de sua própria saúde. Em vez de confiar cegamente na presumida supremacia da medicina ocidental, ele legitimou suas atividades por meio de sua ligação com os líderes naturais das comunidades. Era uma atitude distinta daquela de outros encarregados da saúde pública para quem essa era uma questão exclusivamente técnica que era perturbada pela medicina tradicional e pela ignorância do povo. As reclamações feitas em 1939 por um oficial do Ministério da Saúde são ilustrativas: "O índio (...) franca ou ardilosamente se opõe ao trabalho das autoridades (...) [ele] se rebela contra toda inovação (…) [e] chega a ponto de destruir o que a ciência cria precisamente para ele" (Rebagliati, 1940:261-262).

Embora essa fosse a atitude mais comum entre os médicos, vale observar que os funcionários do regime militar que governou o Peru na década de 1930 deram algum apoio formal a Núñez Butrón. Prova disso é o estabelecimento, em 1936, durante a administração do presidente general Oscar Benavides, de brigadas de saúde para reforçar o trabalho feito por médicos do Estado, particularmente nos casos de epidemias. Essas brigadas, aparentemente, não funcionaram, mas seu estabelecimento indica que Núñez Butrón tinha o apoio de autoridades em Lima.[26] Isso lhe permitiu dividir o salário destinado a um assistente entre quatro membros da brigada. A ajuda dada pela autoridade mais alta da província de San Román a diversas reuniões da brigada é também indicativa de apoio oficial local.

Para prevenir o tifo epidêmico, as brigadas continuaram a vacinação e a promoção da higiene. Também ajudavam nos partos, davam injeções, cortavam cabelos, tiravam piolho das pessoas, forneciam aspirinas, davam purgativos, desinfetavam quartos, arrancavam dentes, ensinavam como fazer sopa e construir pequenas estufas que matavam as pulgas sem danificar as roupas.[27] Os membros da brigada trabalhavam primeiro em suas

próprias comunidades e passavam, em seguida, às comunidades vizinhas, como se fossem médicos itinerantes. Ao agir dessa forma, estavam repetindo a forma tradicional de praticar medicina nos Andes do sul. Os charlatães e os renomados herbanários de Kallawaya, na Bolívia, viajavam pelo Andes do sul oferecendo suas poções e ervas (Bastien, 1987). Os membros da brigada faziam-se conhecer também em feiras e mercados dominicais de Juliaca e outros centros urbanos onde se vendiam ou trocavam mercadorias.

Em um dia típico de trabalho, a brigada convocava as pessoas à praça da cidade. Na reunião, seus membros apresentavam, de forma simples, as vantagens da higiene e da vacinação. Usavam, por exemplo, um cartaz com um piolho, mostravam uma criança limpa e outra suja, e cantavam canções folclóricas com as letras modificadas para promover o nacionalismo, a alfabetização e a higiene. A assembléia incluía uma palestra de Núñez Butrón ou Rodríguez Aweranka. Uma vez terminada a palestra, a multidão era inoculada com a vacina antivariólica, cortavam-se os cabelos e banhavam-se os presentes no rio (o que lembrava o ritual do batismo adventista). O programa cultural da brigada foi melhorado quando os *rijcharys* começaram a celebrar o 24 de junho como Dia do Índio, com corridas de maratona, danças, discursos, exposições de higiene e paradas pelas ruas de Juliaca. A celebração, em que não se consumia álcool, terminava geralmente em uma assembléia na Huayna Roque, a colina que domina a cidade, onde se distribuíam sabonetes, livros, tesouras e lápis fornecidos pelos comerciantes locais.[28]

Aparentemente, o aumento do número de atividades da brigada andava de mãos dadas com o decréscimo em importância dos curandeiros tradicionais. A influência dos herbanários kallawaya e outros praticantes nativos começou a declinar depois de 1930, e os médicos e farmacêuticos começaram a ir aos Andes em maior número.[29] Estes últimos freqüentemente viam os curandeiros como seus concorrentes, e como tal deviam ser denunciados e mantidos em xeque. As companhias farmacêuticas, principalmente as de origem peruana e alemã, começaram a expandir-se pelo interior, fazendo propaganda de seus remédios e produtos biológicos. Em contrapartida, a modernização econômica por que passava Juliaca influenciava parte da população, levando-a a rejeitar o que considerava tradicional, como a medicina indígena.

Um passo decisivo no desenvolvimento das brigadas foi a publicação, em abril de 1935, do jornal *Runa Soncco*. Segundo seus editores, a expres-

são quéchua significava "coração índio", ou "aquele que ama os índios com todo seu coração".[30] Fundos para o jornal vinham do próprio Núñez Butrón, de algumas assinaturas e das contribuições de alguns amigos. Em sua primeira edição, o jornal se definiu como uma publicação "dos índios para os índios".[31] É de se duvidar da eficácia de um jornal em uma sociedade quase totalmente analfabeta. De acordo com o censo de 1940, apenas 14% da população do departamento era alfabetizada (Ministerio de Hacienda y Comercio, 1942). Apesar disso, alguns testemunhos afirmam que o jornal era lido em voz alta por um membro da brigada.

Embora o tifo epidêmico e a varíola sempre recebessem a maior parte da atenção do jornal, alguns artigos tratavam de outras doenças comuns, como a sífilis e a tuberculose. O jornal criticava, sem menosprezar, os hábitos que favoreciam o tifo, como não cortar os cabelos das crianças, ou colocá-las na cama de alguém que estivesse com varíola (acreditava-se que seria melhor que a infecção ocorresse em uma idade em que as crianças tivessem a possibilidade de sobreviver a ela). Outro hábito popular discutido no jornal era a *pichaska*, ou banhar o doente com leite de vaca que depois era vendido no mercado, acreditando-se que este procedimento aliviava a dor das pústulas e que o comprador levava a doença. Um costume similar fazia preparar uma trouxa com as roupas do doente e deixá-la na estrada para que alguém a pegasse.[32]

Um dos artigos do *Runa Soncco* aprovou e comparou as vantagens de alguns métodos caseiros usados pelos índios para controlar os piolhos, como o uso de terra nitrosa (*kallpa*), deixar as roupas úmidas do lado de fora para que o frio matasse os piolhos (*kasacheska*), colocar as roupas em vasilhas com água fervendo (*putesca*) ou comer pimentas ardidas, salsa ou cominho. O jornal achou até, no conteúdo de amônia da urina, motivo para sua utilização na lavagem dos cabelos.[33] Na década de 1940, Núñez Butrón descreveu a atitude de alguns membros da brigada, dizendo que primeiro estudavam a psicologia das pessoas. É apenas "quando eles conseguem convencê-las usando suas próprias idéias que aquelas que dela necessitam vêm em busca da ciência".[34] Para Núñez Butrón, entender a medicina popular não era apenas uma questão de pedagogia sanitária. Era essencial para desenvolver atividades sanitárias adaptadas às condições locais: "os métodos Altipampinos e os métodos científicos são praticamente os mesmos, distinguindo-se apenas pelo grau de seus efeitos".[35] O *Runa Soncco* também descreveu sessões de debates entre os *rijcharys* e os

camponeses sobre as origens mágicas da varíola. Uma vez, depois que os *rijcharys* haviam convencido seus rivais sobre as origens bacteriológicas da doença e as vantagens da vacinação, todos terminaram a reunião gritando "*Viva Jenner aunque haya muerto*!" (Viva Jenner, ainda que tenha morrido!).[36]

Apenas dez edições do *Runa Soncco* foram publicadas entre 1935 e 1948, seis delas entre 1935 e 1937. Este último foi o ano mais importante dos *rijcharys*. Em 1937 a brigada compreendia 122 membros que cuidavam de 22 localidades distintas, sobre as quais tinham de enviar relatórios periódicos. Quatorze delas eram comunidades indígenas localizadas na área quéchua e em torno do Lago Titicaca, e pertenciam às províncias de Azángaro, San Román, Lampa e Huancané, todas no Departamento de Puno, cuja população total, segundo o Censo Nacional de Población y Ocupación de 1940, era de 189.000 habitantes.

Nos seis primeiros meses de 1937, os *rijcharys* aplicaram dez mil vacinas e cortaram os cabelos de pouco mais de 600 pessoas. Além disso, Núñez Butrón construiu, no local que fora o quartel-general da brigada, o primeiro hospital de Juliaca. Uma biblioteca itinerante e pelo menos 12 escolas diretamente ligadas à organização foram construídas sob o lema "queremos continuar sendo índios, mas com uma biblioteca em nossas cabeças". Algumas lições de aritmética publicadas no *Runa Soncco* contribuíam para o trabalho nessas escolas.[37] A brigada deu atenção a problemas próximos à saúde, como a educação, promovendo assim um processo de desenvolvimento social integrado. O *Runa Soncco* não se limitava a artigos sobre assuntos sanitários. Tratava de assuntos do cotidiano como aniversários, batismos, óbitos, casamentos e *servinacuys* (o tempo variável que um casal de noivos vivia junto, após o qual atavam o nó). O jornal incluía, ainda, descrições de costumes locais, charadas e poemas. Fazia referência, geralmente, ao assunto da saúde. Uma das primeiras traduções do hino nacional em quéchua e aimará, feita por Rodríguez Aweranka, foi publicada na capa do jornal.[38]

O *Runa Soncco* refletia o desejo de integrar a cultura andina e a saúde pública ocidental. Uma publicação médica desse tipo não pode ser compreendida sem que se leve em conta o contexto do movimento indigenista. Alguns artigos do *Runa Soncco* revelam claramente o indigenismo de seus autores. Um deles, dirigido "aos índios", afirmava que uma mudança de comportamento era um ato de afirmação racial e pessoal: "Só porque são índios, vocês não são humanos? (...) Não despreze sua humanidade. Lave

seu corpo e limpe suas roupas".[39] O documento que atestava a nomeação dos *rijcharys* continha algumas indicações como: "transmita o orgulho de ser índio".[40] Algumas partes do jornal levavam sugestivos e orgulhosos lemas, como "negar a própria raça indica ignorância".[41]

De modo geral, o indigenismo foi um movimento literário, artístico e político, mas em Puno ele aparece como indigenismo médico. A brigada organizada por Núñez Butrón foi um movimento inspirado na crença de que a salvação da raça indígena não estava na mera aprovação de leis favoráveis, na posse de terra e na recuperação de sua cultura, mas também em seu domínio da higiene e da educação. Mais ainda, de acordo com um artigo, o principal problema para o índio era "o problema da saúde".[42] Os líderes da brigada elogiavam a habilidade nativa da raça indígena em criar um ambiente limpo e mudar hábitos que favoreciam o desenvolvimento de doenças. Esse indigenismo médico não podia deixar de ser influenciado por idéias políticas, e seus membros logo começaram a procurar as bases sociais da doença nos Andes.

Saúde e Sociedade

É importante observar que, de início, o tom político do jornal foi moderado. Um editorial de 1937, por exemplo, afirmava que "após tantos séculos, é difícil estabelecer uma linha divisória entre conquistadores e conquistados. De um modo ou de outro, perante o mundo somos todos ÍNDIOS".[43] Alguns artigos do *Runa Soncco*, porém, foram muito além de um tímido indigenismo, ou da promoção da higiene, e invadiram o mundo da crítica social em busca das causas finais das doenças. Os membros da brigada não apenas faziam campanha contra o alcoolismo e o hábito de mascar a coca (como os adventistas), como também criticaram os mercadores que promoviam o consumo de álcool e coca. Os artigos atacavam acidamente os advogados, verdadeiros e falsos, e a assim chamada 'mania de processar'. Referiam-se, neste caso, à tendência dos índios de irem às cortes resolver disputas entre índios e entre suas comunidades e as propriedades rurais (*haciendas*). Como, geralmente, faltavam aos índios títulos legalmente aceitos, os *hacendados* podiam tomar impunemente as terras das comunidades contando com a proteção dos juízes locais (Handelman, 1975).

Um número de 1937 do *Runa Soncco* mostra que uma crítica social de inspiração indigenista podia combinar critérios raciais e higiênicos. Um

sugestivo lema dizia: "os piolhos são os *gamonales*[44] que causam o maior número de mortes entre nós". Outro artigo estabelecia uma metáfora em termos abertamente raciais: "se há índios e *Cholos* sujos e com piolho em seus corpos, há mais que uns poucos *blanquitos* (branquinhos) que têm piolhos e sujeira em sua alma (...) O Peru deve muito de seu infortúnio a esta espécie de sujeira".[45] Esse tipo de crítica e as nuances étnicas, autônomas e populares que a brigada assumia levantaram a suspeita dos grupos poderosos da região. A Igreja suspeitava de sua ativa cooperação com os adventistas, os mercadores se irritavam com as campanhas contra o álcool, os advogados viam-se atacados devido às críticas contra a 'mania de processo', e os *hacendados* temiam que a educação dos índios os tornasse mais hábeis na defesa de seus direitos. Chegou o momento em que a autoridade política de Juliaca proibiu a abertura de uma nova escola *rijchary* em Isla, e uma ordeira parada dos membros da brigada pelas ruas de Juliaca incomodou os inimigos de Núñez Butrón (Delgado Bedoya, 1953). Em conseqüência, cresceram as pressões para decapitar o movimento e Núñez Butrón foi transferido para a remota província amazonense de Ucayali, em 1937. Estava lá havia apenas uns poucos meses quando, em meados de 1938, foi transferido como médico do Estado para a, também remota, província de Angaraes, em Huancavelica.[46] Essa espécie de semi-exílio foi vista como punição pelos membros da brigada.

Pouco se sabe sobre a brigada após 1939, quando Núñez Butrón voltou a Puno.[47] Provavelmente, ele optou por manter uma presença discreta para evitar problemas. O escopo da brigada foi reduzido, limitando-se a Juliaca e algumas vilas vizinhas. O *Runa Soncco* foi publicado de forma irregular entre 1945 e 1948, o que é indício de que a brigada deu continuidade a algumas de suas atividades. Contudo, o tom dos artigos sugere declínio, ressentimento e nostalgia: "não há dúvidas de que piolhos, álcool e mania de processo têm mais amigos que inimigos (...) Pobre *Runa Soncco*... Já não é o que foi, mas foi o que será um dia". Havia também o resquício de um ressentimento contra aqueles que se opunham a Núñez Butrón: "Não sei por que há tanta oposição a que nós, os índios, tenhamos quem fale por nós".[48] Uma característica importante dos três números publicados entre 1945 e 1948 foi a inclusão do subtítulo *Jakke Chuyma*, a tradução em aimará de *Runa Soncco*, o que sugere uma maior identificação de Núñez Butrón com a cultura indígena.

Havia mais oposição a Núñez Butrón quando termos médicos eram usados abertamente em referência a males sociais. Um artigo denunciava a sobrevivência do feudalismo na província e afirmava, em relação a Azángaro: "Esta cidade está completamente infectada pela mania de processo. Os micróbios e bacilos deste mal social são os falsos e verdadeiros advogados, os chicaneiros... eles são uma verdadeira praga". O autor concluía pedindo a destruição do "agente patogênico" que causava a doença da "mania de processo" e a eliminação de seu patrão, a classe dos proprietários de terra locais.[49]

Após essa crítica, o próximo e óbvio passo no caminho de Núñez Butrón era a política. Em 1946, concorreu à Câmara dos Deputados como representante da província de San Román. Em sua campanha, que tinha na saúde um de seus temas principais, um folheto apresentava como qualidades suas os fatos de ter lutado contra epidemias, ter aberto escolas em várias aldeias e o hospital em Juliaca e ter publicado o *Runa Soncco*, que era ali definido como um jornal inspirado por "um indigenismo bem entendido e altaneiro".[50] Durante a campanha, Núñez Butrón anunciou sua intenção de criar um vasto movimento sanitário no sul do Peru, baseado no modelo da brigada *Rijchary*.

Sua campanha teve o apoio de vários membros da brigada, e de um 'Comitê Provincial Pela Candidatura de Manuel Núñez Butrón'. Um de seus folhetos dizia que a Constituição devia ser reformada para que tivesse "características extremamente peruanas. Genuinamente andinas ou *chola*... uma autêntica democracia andina".[51] No entanto, a Alianza Popular Revolucionaria Americana (APRA), a principal força política da época, que apoiava formalmente um programa populista e era apoiado pelos sindicatos urbanos e pela classe média da província, apresentou seu próprio candidato e acusou Núñez Butrón de ter apoio comunista. Núñez Butrón perdeu as eleições em um resultado apertado e questionado. A campanha levantou algumas acusações contra a brigada. Isso fica óbvio na edição de 1948 do *Runa Soncco*, que trazia na primeira página a seguinte afirmação: "não pertencemos a nenhum partido político, nem somos financiados por qualquer deles. Este é apenas um órgão de medicina a serviço da comunidade Altipampina".[52]

O declínio da brigada na década de 1940 deve-se também a fatores culturais. O indigenismo entrou em decadência nas províncias pelo final dessa década, desaparecendo, com ele, o principal sustentáculo cultural das atividades de Núñez Butrón. A idealização da cultura indígena foi subs-

tituída pelas ideologias de modernização que demandavam uma maior integração com o mundo externo. Os partidos políticos acreditavam que o subdesenvolvimento dos camponeses andinos era o resultado de sociedades primitivas que tinham de ser transformadas por meio de limitadas reformas agrárias e exploração capitalista dos recursos rurais (Tamayo Herrera, 1982, 1988). O indigenismo foi identificado com uma cultura tradicional que mantinha o *status quo* e prejudicava a modernização do Peru rural. E, finalmente, a brigada dependia grandemente de um líder, e entrou em declínio quando este líder perdeu o vigor.

À medida que ficava velho, Núñez Butrón começou a sofrer de uma doença crônica nas montanhas, um mal que se caracteriza pela falta de tolerância à altitude em indivíduos que haviam sido aclimatados. Essa condição fazia com que se sentisse cansado, dava-lhe dores de cabeça, fazia com que ficasse freqüentemente indisposto e forçou-o a usar oxigênio.[53] Além disso, ele ganhou peso, o que piorou seu mal. Sabendo que melhoraria se mudasse para o nível do mar, seus amigos conseguiram que fosse nomeado para uma região costeira, mas Núñez Butrón preferiu viver em Juliaca e continuar próximo de sua família, seus amigos e suas propriedades pessoais. Por outro lado, houve rumores de que ele estaria mascando coca e bebendo pesadamente. Em fins da década de 1940 e início da de 1950, Núñez Butrón havia adquirido algumas das características da classe média da província. Abriu uma farmácia e um consultório em Juliaca, e comprou um pequeno sítio em Arequipa, como formas de obter prestígio e segurança.[54]

Durante esses anos, Núñez Butrón enfrentou processos judiciais que quatro mulheres distintas impetraram contra ele, reclamando pensão para um total de oito filhos. O mais longo desses processos foi iniciado em 1935, por Lidia Cabrera, sua primeira mulher, e terminou pouco depois de sua morte.[55] Núñez Butrón defendeu-se declarando que, na maioria dos casos, havia reconhecido as crianças para evitar que as mães as abortassem. A 'mania de processo' que o *Runa Soncco* apontava como um dos principais problemas dos índios foi uma dura constante nos últimos anos de vida de seu editor.

Manuel Núñez Butrón morreu em Juliaca em dezembro de 1952, quando contava apenas 52 anos. Em seu testamento, pedia que uma inscrição referente à brigada *rijchary* fosse colocada em seu túmulo em Arequipa, talvez por ter consciência de que esta fora a principal realização

de sua vida.[56] A brigada que ele criara desapareceu pouco tempo depois, mas vale observar que a preocupação com a medicina rural viria a ser brilhantemente retomada por outros médicos de Puno. No entanto, em um desses absurdos em que às vezes terminam grandes histórias, Eustakio Rodríguez Aweranka migrou para Lima, onde ganhava a vida vendendo lápis nas ruas.[57]

Conclusão

Uma das razões pelas quais a brigada não sobreviveu foi o papel paternalista de Núñez Butrón, um papel que implicava métodos autoritários. Por exemplo, ele recorria à polícia para forçar os índios a se banharem no rio e cortarem seus cabelos, e convenceu o chefe da estação ferroviária de Juliaca a exigir um atestado de vacina antivariólica dos índios a quem vendesse bilhetes.[58] Núñez Butrón conseguiu que tais imposições fossem aceitas porque tinha carisma. Sua autoridade crescia porque os membros de sua brigada pediam seu apoio para obter suprimentos e supervisionar o uso das vacinas e remédios. Núñez Butrón foi uma espécie de caudilho cuja morte deixou seus seguidores sem rumo. A instituição que criara não havia sido estruturada de forma permanente.

O *Runa Soncco* havia tido uma recepção desigual nas várias regiões do Peru. Seu trabalho impressionou o jornal *Medicina Social*, editado em Lima, um ramo da corrente internacional liderada pelo belga René Sand, que considerava a medicina social como um apostolado que corrigia as deficiências na saúde oficial. Núñez Butrón tinha conhecimento desse movimento, como se depreende dos fatos de ser membro da Sociedade Argentina de Higiene e Medicina Social, e de ter sido reconhecido durante sua vida por renomados médicos chilenos, mexicanos e franceses que freqüentemente eram membros de organizações de medicina social.[59] Contudo, o insucesso na obtenção de mais apoio para as atividades realizadas por Núñez Butrón não se deve apenas ao fato de Puno ser uma região distante de Lima. Seu trabalho também divergia da principal corrente da medicina à época, corrente que enfatizava a tecnologia e a construção de hospitais. Núñez Butrón dava mais importância à higiene, ao diálogo intercultural, à educação sobre saúde e à transformação de hábitos e estilos de vida, exatamente como fariam, anos mais tarde, os promotores da atenção básica à saúde.

Manuel Núñez Butrón e a brigada que ele criou conseguiram que a medicina ocidental e a cultura indígena cooperassem usando poucos e

simples recursos. Dois fatores tornaram possível tal união: primeiro, a persistência do indigenismo nas províncias peruanas durante a década de 1930; segundo, a familiaridade de Núñez Butrón com a cultura, a língua e os costumes indígenas, o que lhe permitiu escolher os meios mais eficazes de introduzir inovações em sua higiene.

Contudo, a integração das culturas ocidental e indígena nunca foi completa. O conflito essencial entre as explicações mágicas e científicas da doença persistiu. A medicina ocidental, mesmo aquela praticada por Núñez Butrón, ainda se baseava na crença de que as doenças eram causadas por desordens biológicas ou mau funcionamento de algum órgão. Para a medicina tradicional, as raízes das doenças estavam no desequilíbrio entre o corpo e a ordem natural, social e religiosa, desequilíbrio em que intervinham o acaso, divindades e demônios. Núñez Butrón evitou o conflito em uma tentativa de fundir terapias ocidentais e padrões da cultura indígena. O conceito mágico de medicina, que tinha uma base empírica, permitiu essas inovações porque elas não ameaçavam sua abordagem geral. Novos estilos de vida foram aceitos porque eram úteis e podiam encaixar-se na tradição. Essa compatibilidade permitiu a introdução de cortes de cabelos, banhos e vacinas, que continuavam a ser feitos mesmo depois que a brigada deixava a área.

A brigada sanitária que Núñez Butrón organizou conseguiu criar um programa sanitário que teve o apoio das comunidades indígenas porque combinava auto-ajuda com paternalismo médico. Essa ainda é uma experiência excepcional na história peruana. Hoje, continua sendo difícil integrar a medicina ocidental com os padrões culturais andinos, mas a experiência de Manuel Núñez Butrón sugere que isso pode ser feito.

Notas

[1] Em 1940 havia 27.822 protestantes em Puno, que representavam 50% dos protestantes do Peru (Censo Nacional de Población y Ocupación de 1940). Para 1915, ver Klaiber, 1988:132.

[2] Melchor Cutipa Coaquira, entrevista com o autor.

[3] Sobre indigenismo, ver Hale, 1989.

[4] Segundo sua certidão de nascimento, ele era filho ilegítimo de Guillermo Núnez e Rosa Butrón. Partida de nacimiento de Manuel María Núñez Butrón, 1 de janeiro de 1899. Certidão de assentamento do nascimento de Manuel María Núñez Butrón, cartório de Luis Rufasta y Banus, Barcelona, 1925, Folder Manuel Núñez Butrón, AGHUB.

[5] Os dados biográficos são de Hazen, 1981:404-415; Frisancho Pineda, 1958; e duas coletâneas distintas de documentos pessoais e profissionais mantidas pelas filhas de Núñez Butrón: Lourdes Núñez Guillén em Yanahuara, Arequipa, PMNB-A, e Rosa Jacinta Núñez em San Martín de Porres, Lima, PMNB-L.

[6] François Bourricaud, 1967. Embora não tenha assinatura, a redação na primeira pessoa do singular indica que foi escrito por Núñez Butrón. Impresiones de un indio. *Runa Soncco*, (3) 24 jun., 1935. p.12-14.

[7] Mais tarde, na Espanha, ele daria também Yanahuara como seu local de nascimento. Letter from Manuel Núñez Butrón to decano de la Facultad de Medicina, 28 May 1921, Expediente Manuel Núñez, AGHUB. Anos mais tarde, ele recebeu um certificado do chefe do Registro del Estado Civil em San Ramón, indicando Samán como seu local de nascimento. Certificado de Partida de Nacimiento, 13 de março de 1947, Juliaca. PMNB-L.

[8] *Diario de Manuel Núnez Butrón*, s.d., PMNB-L. Suas despesas na Espanha foram cobertas por Serafín Firpo, um comerciante italiano que vivia em Juliaca. Rosa Jacinta Núñez, em entrevista com o autor.

[9] Núñez Butrón. Impresiones. *Runa Soncco*, (3) 24 jun., 1935. p.12-14.

[10] Ficha 'Núñez Butrón, Manuel', Facultad de Medicina. Registro de identidad escolar. Barcelona, 12 out., 1924, AGHUB.

[11] Manuel Núñez Butrón. La labor cultural y sanitaria del rijchary escrito para la United Press. Folha datilografada, s.d., PMNB-L.

[12] O tifo epidémico era confundido com a febre tifóide, sendo ambos conhecidos como tabardillo (Valdizán & Maldonado, 1922; Ayala, 1990).

[13] Quando o piolho se alimenta do sangue de uma pessoa com tifo, ele carrega o microrganismo em seu estômago, onde o Rickettsia se reproduz. O piolho, então, morde outra pessoa e introduz os microrganismos em sua corrente sangüínea. Charles Nicolle isolou o microrganismo em 1916 (Zinsser, 1993).

[14] Tifus exantemático; campaña permanente, organización, diciembre 2, 1931. In: Prontuario de Legislación Sanitaria del Perú, 1928, 1937, 1947. v.2:274.

[15] *Variola minor*, a forma mais comum desta doença, era conhecida como 'varíola louca' nos Andes e tinha uma taxa de mortalidade de 1 para 100. Em sua outra forma – *Variola major* ou 'varíola negra' –, tinha um taxa de mortalidade de 25%-30% (Valdizán & Maldonado, 1922, 2; Hopkins, 1983; Fenner et al., 1988; Kiple, 1993).

[16] Valdizán & Maldonado, 1922; Kaska Runa. La viruela en el indio altipampino. *Runa Soncco*, (10) 24 jun., 1948. p.6-8.

[17] Segundo Castro Pozo (1924), o nome quéchua para varíola era Tayta Kapac.

[18] Encuesta para conocer la epidemiología nacional, Departamento de Cajamarca. *Boletín de la Dirección de Salubridad Pública*, 1919:210-212.

[19] Por qué no salen los médicos a provincias. *La Acción Médica*, (6) 4 fev., 1928. p.12.

[20] Em algumas províncias os médicos renunciavam quando sua nomeação os forçava a mudar para o interior. Efraín Trelles, Jefe de la V Concentración Sanitaria Regional a Prefecto del Cuzco, 14 de julho e 22 de agosto de 1938, Serie Prefectura del Cuzco, Subserie Comunicaciones, Leg. 12, Ano de 1938, ADCu.

[21] Isso acontecia apesar da proibição aos médicos do Estado de vender remédios em 1941. *Prontuario de Legislación Sanitaria del Perú*, 4:544-546.

[22] La Gran Cruzada Sanitaria. *Medicina Social*, (9):10-13, 1952.

[23] El nombramiento Rijchary, 1937; Manuel Núñez Butrón. La sanidad rural en el departamento de Puno. *Runa Soncco*, (7) 24 jun., 1937. p.29 e 12.

[24] Un rijchary. Labor rijchary. *Runa Soncco*, (10) 24 jun., 1948. p.10.

[25] Mariano Velásquez García, entrevista.

[26] *Prontuario de Legislación Sanitaria del Perú*, 2:31-32.

[27] Labor de los sanitarios rijcharys de la brigada. *Runa Soncco*, (7) 24 jun., 1937. p.32.

[28] La Fiesta del Indio en la capital de nuestra provincia. *Runa Soncco*, (4) 28 jul., 1935. p.14-15.

[29] Um indício do crescimento farmacêutico foi o estabelecimento, em 1943, da Inspección General de Farmacia do Ministerio da Saúde.

[30] A. Mollepasa. Lo que quiere decir *Runa Soncco*. *Runa Soncco*, (6) 30 jan., 1937. p.1. O jornal trazia o subtítulo 'O jornal eventual da saúde rural Rijchary', e o diretor responsável era Núñez Butrón. Uma coleção completa desse jornal pode ser vista na Biblioteca Nacional de Lima.

[31] Editorial. *Runa Soncco*, (1) abr., 1935. p.1.

[32] Viruela. *Runa Soncco*, (4) 28 jul., 1935. p.10-11; Carlos Amauta. El tifus exantemático. *Runa Soncco*, (8) set., 1945. p.32.

[33] Inty Sonhon. En el mundo de los piojos. *Runa Soncco*, (8) set., 1945. p.6.

[34] Un Rijchary. *Runa Soncco*, (1) abr., 1935. p.11

[35] Kaska Runa. La viruela. p.8. Segundo outro artigo, 'Un rijchary' (p.11), a brigada reformava os métodos da medicina tradicional até que "finalmente tivessem uma base científica". *Runa Soncco*, (10) 24 jun., 1948.

[36] Viruela. *Runa Soncco*, (1) abr., 1935. p.11.

[37] Biblioteca ambulante rijchary. *Runa Soncco*, (3) 30 jan., 1937. p.9; Reunión, 12 de julho de 195', Cuaderno de Actas Rijchary, PMNB-A; 'Orientaciones pedagógicas, la enseñanza de la aritmética en la escuela indígena'. *Runa Soncco*, (4) 28 jul., 1935. p.13.

[38] Himno Nacional del Perú. *Runa Soncco*, (7), 24 jun., 1937. p.1.

[39] A. Mollepasa. Sobre el aseo. *Runa Soncco*, (7) 24 jun., 1937. p.9.

[40] El nombramiento rijchary, p.29.

[41] *Runa Soncco*, (7) 24 jun., 1937. p.14.

[42] Palabras amigas. *Runa Soncco*, (5) 30 set., 1935. p.13.

[43] *Runa Soncco*, (6) 30 jan., 1937. p.25.

[44] *Gamonales* era um nome usado nos Andes para os proprietários de terra, ou hacendados que administravam suas propriedades rurais de forma brutal e primitiva. *Cholos* eram índios que tentavam 'branquear' sua cultura.

[45] *Runa Soncco*, (7) 24 jun., 1937. p.22; e o artigo assinado por Y.B.O., 'Lápiz rojo', no mesmo número, p.18.

[46] *Presidente de la República to Director de Salubridad, 19 nov. 1937*; Efraín Trelles a Manuel Núnez Butrón, 29 nov., 1937; Carta de la Sección Administrativa de la Dirección de Salubridad to Manuel Núñez Butrón, 7 de maio de 1938, PMNB-L.

[47] Segundo a 'Relación nominal', p.184, Núñez Butrón vivia em Juliaca em 1940.

[48] As figuras em aspas são lemas do *Runa Soncco*, (9) abr., 1946. p.34; Vuelve *Runa Soncco*. *Runa Soncco*, (8) set., 1945. p.1.

[49] O artigo figurava como uma entrevista com Andrés Lampa Mamani. Como habla el indio de hoy. *Runa Soncco*, (10) 24 jun., 1948. p.47.

[50] Esse folheto é 'Carta abierta. Manuel Núñez Butrón, Juliaca, 1 de junho de 1946', PMNB-A.

[51] Outro folheto é 'Una de nuestras representaciones que merece apoyo'. Um outro ainda dizia que ele "não se interessara em obter benefício pessoal da miséria de seus semelhantes"; este era intitulado 'Dr. Manuel Núñez Butrón' e era assinado pelo Comité de la Unión San Román, PMNB-L.

[52] *Runa Soncco*, (10) 24 jun., 1948. p.1.

[53] *Carta de Manuel Núñez Butrón to Carlos Alberto Butrón*, *Juliaca*, *1 de dezembro 1952*, PMNB-A.

[54] Contudo, Núñez Butrón declarou que, se lhe fosse permitido escolher entre uma mansão em Paris e uma casa em Juliaca, escolheria esta última. Narrado por Juan Molina in 'Reunión, julio 12, 1953'. *Cuadernos de Actas*, PMNB-A.

[55] Dados em 'Manuel Núñez Butrón contra Lidia Cabrera sobre divorcio absoluto, 31 de maio de, 1935', Actuario Luis Rosado, Expedientes Judiciales 1935, Leg. 1261, ADPu.

[56] 'Copia simple del testamento otorgado por el Dr. Manuel Núñez Butrón a favor de sus hijos', Varios actuarios. Expedientes judiciales 1940-1950, Leg. 224-36, ADPu.

[57] Rosa Jacinta Núñez, entrevista.

[58] Labor sanitaria durante el presente mes. *Runa Soncco*, (4) 28 jul., 1935. p.3. Medidas similares foram adotadas em outras províncias. Em Cuzco, certificados de vacinação eram exigidos na venda de bilhetes de trem. Alfredo Arteta a Prefecto, 31 de outubro de 1948, Serie Prefectura. Subserie Comunicaciones, Leg. 19, Ano de 1948, ADCu.

[59] O jornal publicou uma entrevista com Núñez Butrón em 'La Gran Cruzada', p.10-13.

Fontes Primárias – Arquivos

Peru

Archivo Departamental del Cuzco (ADCu)
Serie Prefectura Cuzco. Subserie Comunicaciones. Leg. 4, Años 1927-1929. Leg. 7, Año 1932. Leg. 8, Año 1933. Leg. 13, Año 1938. Leg. 19, Año 1948.

Archivo Departamental de Piura (ADP)
Boletín de la Municipalidad de Piura. Años 1907-1912.

Archivo Departamental de Puno (ADPu)
Actuario Luis Rosado. Expedientes Judiciales 1935. Leg. 1.261.
Varios actuarios. Expedientes Judiciales 1940-1950. Leg. 224-236.

Biblioteca Nacional, Lima (BN)
Oficina de Investigaciones y Fondos Bibliográficos.
Manuscritos, Folletos y Publicaciones.
Runa Soncco, Lima, (1) abr., 1935; (2) 19 mai., 1935; (3) 24 jun., 1935; (4) 28 jul., 1935; (5) 30 set., 1935; (6) 30 jan., 1937; (7) 24 jun., 1937; (8) set., 1945; (9) abr., 1946; (10) jun., 1948.

Papeles de Manuel Nuñez Butrón conservados por Lourdes Nuñez Guillén en Yanaura, Arequipa (PMNB-A).

Papeles de Manuel Nuñez Butrón conservados por Rosa Jacinta Nuñez en San Martín de Porres, Lima (PMNB-L).

Espanha

Archivo General e Histórico de la Universidad de Barcelona (AGHUB)
Expediente Manuel Nuñez Butrón.
Ficha 'Nuñez Butrón, Manuel'.

Periódicos

La Acción Médica, Lima, 1928.

Medicina Social, Lima, 1944-1953.

Runa Soncco, Lima, 1935-1948.

Entrevistas

Melchor Cutipa Coaquira, Juliaca, Puno, 1 jul.,1989.

Rosa Jacinta Núñez, Lima, 28, 30 ago., 1994.

Mariano Velázquez García, Juliaca, 27 jun., 1989.

Referências Bibliográficas

AYALA, J. L. *Insurgencia de los Yatiris, Manifestaciones Culturales del Hombre Andino*. Lima: Concytec, 1990.

BARREDA, C. *La Industria de Lanas en el Perú y en el Departamento de Puno*. Lima: Imprenta Torres Aguirre, 1929.

BASTIEN, J. *Healers of the Andes: Kallawaya herbalists and their medicinal plants*. Salt Lake City: University of Utah Press, 1987.

BASTIEN, J. & DONAHUE, J. *Health in the Andes*. Washington, D.C: American Anthropological Association, 1981.

BETHEL, L. (Ed.) *Latin America: Economy and Society, 1870-1930*. Cambridge: Cambridge University Press, 1989.

BOURONCLE DÍAZ, *Vacunación contra la viruela en el Perú en los últimos veinte años.* Tese de graduação. Lima: Universidad de San Marcos, 1970.

BOURRICAUD, F. *Cambios en Puno: estudios de sociología andina*. México: Instituto Indigenista Interamericano, 1967.

CASTRO POZO, H. *Nuestra Comunidad Indígena*. Lima: El Lucero, 1924.

CENSO NACIONAL DE POBLACIÓN Y OCUPACIÓN DE 1940. Vol. 1. Lima: Ministerio de Hacienda, 1944.

CHÁVEZ, N. *Cajamarca*. Lima: Talleres Leoncio Prado, 1957. 2v.

CUETO, M. Andean biology in Peru: scientific styles in the periphery. *Isis*, (80):640-658, 1989.

DELGADO BEDOYA, G. Doctrina y acción rijchari de Manuel Nuñez Butrón. *Medicina Social*, (10):8-10, 1953.

DEW, E. *Politics in the Altiplano: the dynamics of change in rural Peru*. Austin: University of Texas Press, 1969.

FENNER, F. et al. *Smallpox and its Eradication*. Geneva: World Health Organization, 1988.

FRISANCHO PINEDA, D. *Jatun Rijchari: Dr. Manuel Nuñez Butrón, precursor de la sanidad rural en el Perú*. Puno: Ed. Los Andes, 1958.

GAMIO, E. La vivienda del indio como problema nacional. *Perú Indígena*, 2:17-39,1952.

HALE, C. A. Political and social ideas. In: BETHEL, L. (Ed.) *Latin America: economy and society, 1870-1970*. Cambridge: Cambridge University Press, 1989. p.225-300.

HANDELMAN, H. *Struggle in the Andes: peasant political mobilisation in Peru*. Austin: University of Texas Press, 1975.

HAZEN, D. C. Meanings of literacy in the Third World: the concepts and consequences of the 'Rijchary' Reform Movement in Highland Peru. *Journal of Library History*, (16):404-415, 1981.

HOPKINS, D. *Princes and Peasants: smallpox in history*. Chicago: The University of Chicago Press, 1983.

JACOBSEN, N. *Mirages of Transition: the Peruvian altiplano, 1780-1930*. Berkeley: University of California Press, 1993.

JIMENEZ, V. A. *Apuntes Geográficos del Departamento de Puno*. Puno: Tipografía Fournier, 1924.

KAPSOLI, W. (Ed.) *Los Movimientos Campesinos en el Perú, 1879-1965*. Lima: Delva Editores, 1977.

KIPLE, K. F. (Ed.) *Cambridge World History of Human Disease*. Cambridge: Cambridge University Press, 1993.

KLAIBER, J. *La Iglesia en el Perú*. Lima: Universidad Católica del Perú, 1988.

KRISTAL, E. *Una Visión Urbana de los Andes: génesis y desarrollo del indigenismo en el Perú, 1848-1930*. Lima: Instituto de Apoyo Agrario, 1991.

KUCZYNSKI GODARD, M. *Una Inspección Preliminar de las Zonas del Tifus Andino*. Lima: Ed. La Reforma Médica, 1940.

KUON CABELLO, G. Tifus exantemático en Tarata, Tacna. *La Crónica Médica*, (66):141-145, 1949.

LASTRES, J. B. *La Salud Pública y la Prevención de la Viruela en el Perú*. Lima: Imprenta del Ministerio de Hacienda y Comercio, 1957.

LORENTE, S. & FLORES, R. *Estudios sobre Geografía Médica y Patología del Perú*. Lima: Imprenta Americana, 1925.

MALTBY, L. L. *Indian Revolts in the Altiplano and the Conquest of the Land, 1895-1925*, 1972. Tesis de Bachiller, Harvard: Harvard University.

MARROQUÍN, J. La medicina indígena puneña. *Anales de la Sociedad Peruana de Historia de la Medicina*, 2:42-57, 1940.

MARROQUÍN, J. *La Sanidad Rural Indígena en el Departamento de Puno*. Puno: Tipografía Fournier, 1945.

MARROQUÍN, J. Plan de acción sanitaria contra el tifus exantemático en el Perú. *La Crónica Médica*, (66):72-74, 1949.

MARROQUÍN, J. Estudio sanitario de un area rural en el altiplano puneño. *Salud y Bienestar Social*, (3):27, 1954.

MILLER, R. The wool trade of Southern Peru, 1850-1915. *Ibero-Amerikanisches Archiv*, (8):297-312,1982.

NÚÑEZ BUTRÓN, M. ¿Que es el 'Rijcharismo'? *Medicina Social*, (2):9-10, 1944.

OLAECHEA, A. S. Breve estudio de la situación higiénica y asistencia del Perú en el período comprendido desde fines del siglo XVIII y la época presente. *Revista Médica Peruana*, (5):612-639, 1933.

PEREZ, V. *Algunas Consideraciones Relativas a la Etiología, Patogenia, Tratamiento y Profilaxia de la Peste en Lima*, 1923. Tesis de Bachiller, San Marcos: Universidad de San Marcos.

PESCE, L. *Indigenismo e inmigrantes en el Perú*. Lima: Imprenta de la Opinión Nacional, 1906.

PORTUGAL, J. E. La sanidad en el Perú. In: *Boletín de la Dirección de Salubridad Pública, 1947*. Lima: Minerva, 1947. p.8-17.

PORTUGAL, J. E. *José Antonio Encinas: el maestro de los maestros peruanos*. Lima: Concytec, 1986.

PRONTUARIO DE LEGISLACÍON SANITARIA DEL PERÚ. Lima: Imprenta Americana, 1928-1947. 4v.

REBAGLIATI, R. La situación epidemiológica del Perú en 1939. In: *Boletín de la Dirección de Salubridad Pública, 1940*. Lima: Imprenta Americana, 1940. p.240-265.

REGLAMENTO DEL SERVICIO DE VACUNACIÓN Y REVACUNACIÓN ANTIVARIÓLICAS. Lima: Tipografía Lucero, 1908.

RENGIFO, L. Esbozo biográfico de Ezequiel Urviola y Rivero. In: KAPSOLI, W. (Ed.) *Los Movimientos Campesinos en el Perú, 1879-1965*. Lima: Delva Editores, 1977. p.179-210.

RICO AVELLO, C. *Historia de la Sanidad Española (1900-1925)*. Madrid: Gimenez, S.A., 1969.

ROCA, E. *Por la Clase Indígena*. Lima: Impresiones y Publicidad, 1935.

RODRIGUEZ OCAÑA, E. (Ed.) *La Constitución de la Medicina Social como Disciplina en España (1822-1923)*. Madrid: Ministerio de Sanidad, 1987.

ROMERO, E. *Monografía del Departamento de Puno*. Lima: Imprenta Torres Aguirre, 1928.

TAMAYO HERRERA, J. *Historia Social e Indigenismo en el Altiplano*. Lima: Ed. Treintaitres, 1982.

TAMAYO HERRERA, J. *Historia del Indigenismo Cuzqueño, Siglos XVI-XX*. Lima: Instituto Nacional de Cultura, 1988.

URETA DEL SOLAR, A. El saneamiento urbano en el Perú. *Boletín de la Escuela de Ingenieros del Perú*, (19):3-76, 1946.

VALCÁRCEL, L. E. *Memórias*. In: DEUSTUA C., J.; MATOS MAR, J. & RÉNIQUE, J. L. (Eds.). Lima: Instituto de Estudios Peruanos (IEP), Lima, 1981.

VALCÁRCEL, L. E. *Tempestad en los Andes*. Lima: Minerva, 1927.

VALDIZÁN, H. *Diccionario de Medicina Peruana*. Lima: Talleres Larco Herrera, 1923. 3v.

VALDIZÁN, H. & MALDONADO, A. *La Medicina Popular Peruana: contribución al folklore médico del Perú*. Lima: Imprenta Torres Aguirre, 1922. 3v.

VALENCIA, F. Aymachura y muru. *Archivos Peruanos de Folklore*, (2):87-90, 1953.

VÁSQUEZ LAPEYRE, L. Patología y población indígena del Perú. *Perú Indígena*, (2):48-55, 1952.

WISE, D. O. Vanguardismo a 3.800 metros: el caso del 'Boletín Titikaka' (Puno, 1926-1930). *Fenix*, (30-31):257-269,1984.

WISE, D. O. La sierra (Lima, 1927-1930); La voz de los hombres del Ande. *Fenix*, (34-35):70-105, 1989.

ZINSSER, H. *Rats, Lice and History: the biography of a bacillus*. Boston: Little, Brown and Co., 1934.

ZINSSER, H. Typhus, epidemic [1934]. In: KIPLE, K. F. (Ed.) *Cambridge World History of Human Disease*. Cambridge: Cambridge University Press, 1993. p.1.080-1.084.

Folheto de propaganda do livro *Sexo e Civilização* de Renato Kehl, publicado em 1933.
Acervo da Casa de Oswaldo Cruz/Fundação Oswaldo Cruz

*Eugenia no Brasil, 1917-1940**

Nancy Leys Stepan

* Originalmente publicado em ADAMS, M. (Ed.) *The Wellborn Science: eugenics in Germany, France, Brazil and Russia*. New York, Oxford: Oxford University Press, 1990. Tradução de Paulo M. Garchet.

À medida que os historiadores da ciência desviaram sua atenção de suas reconstruções lógicas, passando a uma visão mais 'naturalista' da ciência como produto da cultura e da vida social, a eugenia e a genética ficaram tão ligadas na academia como, no passado, o foram na realidade. Movimento social e ciência, a eugenia permite testar idéias sobre a geração social de conhecimento científico, assunto em torno do qual houve considerável debate na última década (Kevles, 1985; McKenzie, 1976; Schneider, 1982; Searle, 1981). Nos estudos recentes, no entanto, a eugenia latino-americana foi completamente ignorada pelos historiadores. Mesmo se considerarmos essa negligência como simples parte de um padrão mais abrangente de desprezo para com a ciência desta região, ainda assim ela é particularmente lamentável por duas razões principais.

Primeiro, a exclusão da eugenia distorce a história moderna da América Latina: diante da conexão histórica entre a eugenia e os excessos nazistas e, talvez, devido à poderosa ficção segundo a qual a América Latina teria ficado relativamente isenta do racismo característico de outras partes do mundo, há uma freqüente tendência a negar que a eugenia tenha desempenhado qualquer papel na história moderna dessa região. No entanto, mesmo um exame superficial das fontes disponíveis revela que os movimentos eugênicos estiveram presentes na maior parte da América Latina e conformaram de maneira inesperada o pensamento científico e social e as políticas.

Entre as duas guerras mundiais, a eugenia esteve associada a uma série de congressos e conferências e à legislação social sobre bem-estar infantil, saúde materna, direito de família, controle de doenças infecciosas e imigração. Ela estimulou a criação de alguns dos primeiros cursos de genética na região. Debates médicos e jurídicos e atividades legislativas referentes ao papel apropriado do Estado na regulação do matrimônio eram permeados por temas de 'aprimoramento eugênico'. A eugenia foi tratada nas reuniões de diversas conferências pan-americanas realizadas entre 1900 e 1940 e foi tema específico de dois congressos regionais, o primeiro realizado em Cuba, em 1927, e o segundo na Argentina, em 1934. Os movimentos eugênicos latinos foram também responsáveis pela criação da Fédération International Latine des Sociétés d'Eugénique, fundada em 1935 por iniciativa de Corrado Gini, presidente da Società Italiana di Genetica e Eugenetica. Na reunião de organização da federação, realizada na Cidade do México, sociedades eugênicas do Peru, Catalunha, Brasil e Bélgica

expressaram intenção de participar da entidade, enquanto delegados de 12 outros países latino-americanos manifestaram interesse e apoio. Em 1937, a Federação Latina realizou seu primeiro e único congresso, em Paris, do qual resultou o volume *Congrès Latine d'Eugénique: rapport* (1938) (MacLean e Estenos, 1952; Marchaud, 1933; Nisot, 1927).

Com que tipo de eugenia envolveu-se a América Latina? Um impulso contrário à negação da atividade eugênica na região é identificá-la com a eugenia nazista da década de 1930. Nenhuma dessas reações é nem historicamente precisa, nem de utilidade interpretativa. Um estudo de um dos países da região, o Brasil, revela traços que a distinguem, científica e ideologicamente, da eugenia nazista – certamente – e, mais genericamente, dos casos anglo-saxônicos historiados em mais detalhe. Pesquisa mais profunda pode levar a uma generalização dessa conclusão, isto é, à constatação da existência de um tipo 'latino' de eugenia – que abrangeria a França e a Itália, além de diversos países da América Latina –, distinto do tipo 'anglo-saxônico'. A existência de uma federação especificamente latina de eugenia aponta nessa direção. Da mesma forma que estamos cada vez mais conscientes de importantes variações dentro da tradição eugênica anglo-saxônica, devemos também encontrar significativos subtipos dentro da eugenia latina.

Assim, uma segunda razão para lamentarmos o esquecimento da América Latina nas discussões sobre eugenia é que isso empobrece nosso entendimento não apenas da história latino-americana, como também da eugenia como suposto movimento científico mundial. Podemos enriquecer sobremaneira nosso entendimento das origens, do estilo científico e dos significados sociais da eugenia como movimento internacional se incorporarmos a América Latina à literatura existente.

Origens Estruturais e Sociais

Aqui, é examinada a eugenia no Brasil, maior país da América Latina e o primeiro da região a ter um movimento eugênico organizado. Entre 1900 e 1940, o Brasil passou por profundas mudanças sociais e políticas provocadas por uma industrialização tardia e 'dependente', pela urbanização e por uma maciça imigração européia. Em outras partes do mundo, muitas dessas mudanças estiveram associadas à eugenia. No Brasil, no entanto, ela ocorria em um país 'subdesenvolvido', de população em grande

parte católica, rural, racialmente mista e analfabeta. Em virtude de seu clima tropical e de sua população 'mestiça', o Brasil representava tudo que os europeus consideravam disgênico. Como seria o movimento eugênico em um país onde uma pequena elite, de origem primordialmente européia, governava uma vasta e heterogênea massa de pobres? Vincular-se-ia a um movimento extremista de 'higiene racial'? Diante das comemorações brasileiras do centenário da abolição da escravatura, em 1988, que nova luz a história da eugenia lança sobre as mitologias raciais e realidades sociais que conformaram o passado do Brasil?

O interesse pela eugenia no país antecede a Primeira Guerra Mundial. Diferente do espanhol '*eugenesia*', o termo brasileiro foi introduzido como título de uma tese da Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro por Alexandre Tepedino, em 1914. O termo, incidentalmente, fora preferido pelo filólogo brasileiro João Ribeiro à outra palavra aventada em português, 'eugênica', recomendada por outros cientistas e gramáticos (Kehl, 1935; Roquette-Pinto, 1927). O termo 'eugenía' foi ainda mais distinguido pelo acento no 'i', talvez para enfatizar sua semelhança com a francesa '*eugénique*', de tônica similar. Seja como for, 'eugenía' foi a palavra usada rotineiramente, muitas vezes sem o acento.

O *timing* desse lançamento da eugenia no Brasil merece ser comentado. A fundação da primeira sociedade eugênica brasileira em 1918, ao final da Primeira Guerra Mundial, apenas dez anos depois da sociedade britânica equivalente e seis anos após a francesa, sugere quão sintonizados estavam os cientistas brasileiros com os desenvolvimentos científicos europeus. Estrutural e socialmente, contudo, as origens do movimento eugênico tinham menos relação com eventos europeus que com assuntos brasileiros. Dentre estes, quatro tiveram importância especial.

O primeiro foi a entrada do Brasil na guerra, ao lado dos aliados, em 1917. As questões de prontidão e disciplina em tempos de guerra, de controle e ordem, das competências e capacidades raciais brasileiras estavam bem presentes na mente das elites (Fausto, 1978). Os Estados-nação da Europa havia muito simbolizavam, no Brasil, tudo que era 'civilizado' e 'avançado', em oposição à 'barbárie' e ao 'atraso' brasileiros. Seu colapso gerou um novo nacionalismo fundado no desejo de projetar o Brasil no cenário internacional, de definir as realidades do país em termos próprios e de encontrar soluções brasileiras para os problemas brasileiros. Enquanto na Europa a guerra intensificara o medo de degeneração nacional, no Brasil

ela gerou um novo otimismo sobre a possibilidade de regeneração nacional, um otimismo que contrabalançava os receios mais tradicionais de decadência. Esse foi um ponto observado por Renato Kehl ao conclamar para um esforço eugênico no país. Ao longo da década de 1920, a eugenia esteve associada a patriotismo e à reivindicação de um papel mais importante para o Brasil nos assuntos internacionais.

Segundo, a eugenia surgiu no Brasil como resposta a prementes questões nacionais às quais os brasileiros se referiam em 1920 como 'a questão social': as aterrorizantes miséria e falta de saúde da população trabalhadora, em grande parte negra e mulata. O Brasil fora o último país do hemisfério a abolir a escravidão: 30 anos antes, em 1888, os últimos 700 mil escravos haviam sido emancipados. Em um país que então passava por rápidas mudanças sociais e econômicas, os ex-escravos foram abandonados à própria sorte, sem educação ou recompensa. Muitos juntaram-se à corrente migratória dos pobres sem profissão que fugiam para as cidades, onde competiam em condições desfavoráveis por empregos com mais de um milhão e meio de imigrantes brancos que entraram no país entre 1890 e 1920. Uma das conseqüências dessa onda de migração e imigração foi o surto relativamente súbito de industrialização e urbanização que se verificou no Brasil. A população de São Paulo, por exemplo, pulou de apenas 129.409 habitantes em 1893 para 240 mil em 1900 – um aumento de quase 100% em sete anos. Por volta de 1907, os italianos, sozinhos, superavam os brasileiros na cidade na proporção de dois para um (Stepan, 1976). Um pouco mais acima, na direção nordeste, a capital federal, o Rio de Janeiro, era nessa época uma cidade de quase 800 mil habitantes. Embora ambas as cidades tivessem passado por extensa remodelação 'civilizadora' e dispusessem, ambas, de serviços de saneamento público bastante eficientes e capazes de lidar com as doenças epidêmicas, as endemias seguiam sem tratamento, as taxas de mortalidade eram altas e o padrão geral de habitação e saneamento dos pobres era inacreditavelmente ruim.

Pobreza, migração, imigração e desemprego abriram caminho para um período de radicalização política, protestos, greves e interrupções de trabalho que culminaram em uma gigantesca greve em 1917. Essa greve demonstrou o poder da nova classe operária industrial, mas evidenciou também, como observaram visitantes britânicos e norte-americanos, a capacidade e a disposição das autoridades municipais e estaduais de usarem impiedosamente a polícia e a milícia para abafar a agitação industrial.

Tradicionalmente, as elites educadas receavam a violência e o perigo que representavam os negros e mulatos, retratados como preguiçosos, doentes, bêbados e em permanente estado de vagabundagem. A esses, acrescentavam-se agora novos medos, da desordem e da violência provocadas pelos operários fabris nascidos no exterior (Fausto, 1983). A ameaça de violência urbana pôs em xeque a capacidade do liberalismo ao antigo estilo do *laissez-faire* para resolver a 'questão social', sugerindo novos papéis para o Estado na estruturação de relações mais harmoniosas entre empregadores e empregados por meio de uma intervenção direta na vida social. Contrastando com a eugenia britânica, uma resposta à percepção de que anos de legislação de bem-estar social haviam aparentemente falhado em produzir a pretendida melhora das condições mentais, físicas e morais dos pobres (Stepan, 1982), a eugenia brasileira associou-se à mobilização pela introdução de tal legislação de bem-estar social como forma de aprimorar o povo brasileiro, o que influenciou a forma que assumiu.

Um terceiro fator na ascensão da eugenia foi o estágio em que a ciência brasileira se encontrava. No Brasil, a eugenia não esteve associada, como na Grã-Bretanha, a controvérsias em torno dos méritos relativos da biometria e da genética mendeliana. Mesmo então, pelos anos 20, a biologia e a genética darwinianas mal estavam estabelecidas como campos de pesquisa científica. Ainda não havia nenhum departamento de ciências nas universidades brasileiras, e o trabalho biológico restringia-se às escolas de medicina, aos institutos agrícolas (dos quais havia poucos) e ao Instituto Oswaldo Cruz, fundado em 1902 como escola de medicina tropical e que talvez fosse então o mais conhecido centro de pesquisa médica da América Latina (Stepan, 1976). No entanto, mesmo que os brasileiros ainda fossem, em grande parte, consumidores de ciência, e não produtores, ainda assim a história da eugenia no Brasil deve ser vista como parte de um entusiasmo generalizado pela ciência como 'sinal' de modernidade cultural. O extraordinário sucesso das campanhas de saneamento contra a varíola, a peste bubônica e a febre amarela lideradas por Oswaldo Cruz entre 1902 e 1917 havia dado grande *status* às 'ciências sanitárias' e estimulara o crescimento de uma classe médica e profissional de orientação científica cada vez mais visível e integrada nas organizações federais e estaduais encarregadas da elaboração de políticas. Havia pouco tempo que a 'saúde' se tornara um objetivo político aceitável. Como em outras partes, a eugenia atraía uma classe médica em expansão, cujos membros ansiavam promover seu papel

como especialistas na conformação da vida social e nutriam um ingênuo otimismo sobre sua própria capacidade de fazer o bem. Era um grupo pouco afeito a análises revolucionárias das raízes raciais e econômicas das misérias sociais brasileiras.

Quarto, o surgimento da eugenia brasileira foi condicionado pela situação racial do país, nação racialmente híbrida, resultado da fusão de indígenas, africanos e povos europeus. Desde a transferência da Coroa portuguesa de Lisboa para o Rio de Janeiro, em 1808, raça e relações raciais eram aspectos centrais da realidade social e dos debates ideológicos sobre a 'capacidade' brasileira e o destino nacional. E, particularmente a partir da abolição em 1888 e da proclamação da Primeira República no ano seguinte, a ciência emergira como ferramenta de autoridade cada vez maior para interpretações sociais e – especialmente – raciais.

As dúvidas brasileiras quanto à identidade racial do país haviam sido reforçadas por interpretações racistas do Brasil vindas do exterior. Como nação culturalmente dependente, o Brasil era fortemente influenciado pelas idéias raciais da Europa, da França em especial. Wilson Martins (1978, 5:6) observa que os brasileiros tendiam a "viver vicariamente sua própria existência, como se fossem uma imagem refletida no espelho". Os intelectuais tinham de lutar com o fato de que, em texto após texto de análises sociais e científicas européias, o Brasil era tido como exemplo ideal da 'degeneração' que ocorria em nações tropicais racialmente híbridas (Stepan, 1985). Buckle, Kidd, Le Bon, Gobineau, Lapouge e vários darwinistas sociais eram largamente citados no Brasil por suas teorias sobre a inferioridade dos negros, a degeneração dos mulatos e a decadência tropical (Martins, 1978). Segundo esses cientistas – e outros como eles –, os cruzamentos 'promíscuos' que tinham ocorrido no Brasil desde os tempos coloniais até aquele momento haviam produzido um povo degenerado, instável, incapaz de desenvolvimento progressivo.

Muitos entre a elite brasileira compartilhavam desse ponto de vista. Os temas de degeneração tropical e racial perpassavam as obras de medicina, bacteriologia e raça escritas entre o início do século XIX e as décadas de 1930 e 1940, quando já ia bem avançado o período 'revisionista' de Gilberto Freyre (Stepan, 1976). Especialmente depois da abolição da escravatura, em 1888, a ciência foi cada vez mais usada, como na Europa desde o iluminismo, para definir o quanto a 'natureza' devia limitar a igualdade social e política dos negros e mulatos na nova república.

Raimundo Nina Rodrigues, fundador da antropologia 'científica' no país, tinha uma visão quase tão racista quanto os críticos mais severos do Brasil. Seus estudos antropológicos lhe revelaram uma sociedade complexa, multirracial, híbrida, que não forjara nenhum tipo étnico singular, estável, e cujo futuro previsível era como nação negra, não branca e européia (Nina Rodrigues, 1938; Correa, 1982). Em sua obra-prima de análise social *Rebellion in the Backlands* (1944), versão em inglês de *Os Sertões* [1902], na qual relata a história de uma rebelião armada de sertanejos em Canudos, na miserável região Nordeste do Brasil, Euclides da Cunha sintetizou a ciência de sua época ao argumentar que a mistura de raças

> sobre [além de] obliterar as qualidades proeminentes do primeiro [o tipo indo-europeu], é um estímulo à revivescência dos atributos primitivos dos últimos [brasílio-guarani ou tapuia]. De sorte que o mestiço – traço de união entre as raças, breve existência individual em que se comprimem esforços seculares – é, quase sempre, um desequilibrado. (Cunha, 1944:85)

Dadas as circunstâncias descritas anteriormente, a eugenia – por definição, a ciência do 'aprimoramento racial' – era um atrativo óbvio para uma elite convencida do poder da ciência para criar 'ordem e progresso' (lema da República) e perturbada pela composição racial do país. Seu interesse era, quando muito, 'sobredeterminado'. Embora esse interesse jamais se consolidasse institucionalmente tanto quanto na Europa, ainda assim, em toda a América Latina, a linguagem da eugenia revela um indispensável contexto para entendermos o envolvimento cada vez maior do Estado no gerenciamento da 'saúde racial', entre 1920 e 1940.

O Movimento Eugênico, 1917-1929

As primeiras organizações eugênicas do Brasil surgiram na cidade de São Paulo, capital do estado economicamente mais poderoso por volta da Primeira Guerra Mundial, que emergira como importante força na política nacional. Em 1917, Renato Ferraz Kehl organizou uma reunião de médicos para discutir a nova ciência eugênica de sir Francis Galton, os exames pré-nupciais e a proposta de revisão da legislação matrimonial que permitia casamentos consangüíneos (aos quais a maioria dos médicos se opunha, alguns fundamentados na eugenia). Em seguida à reunião, Kehl enviou uma circular – em dezembro do mesmo ano – a médicos do município e do

estado propondo a criação de uma nova sociedade científica e convidando seus colegas a participar. A Sociedade Eugênica de São Paulo realizou seu primeiro encontro em 15 de janeiro de 1918 (Kehl, 1931d).

A sociedade reuniu 140 membros, mas, como também se verifica na maioria das sociedades eugênicas européias, o tamanho da de São Paulo foi menos importante que o caráter de seu quadro de associados. Considerando que, segundo Love (1980), a elite paulista continuava sendo numericamente pequena entre 1889 e 1937, boa parte da elite médica e profissional da capital do estado e das cidades vizinhas esteve envolvida. Apenas dois dos membros foram relacionados sem o título de doutor (que no Brasil indica geralmente que a pessoa se formou em medicina ou em direito), um dos quais era um sr. Rangel, e o outro o bem conhecido escritor e senador Alfredo Ellis. Não havia mulheres entre os membros da sociedade, e apenas 18 deles eram de fora do estado. Além desses 18 não paulistas do Brasil, Victor Delfino, fundador da eugenia na Argentina, e Carlos Enrique Paz Soldan, pioneiro da 'medicina social' no Peru, foram nomeados membros correspondentes (Delfino, 1919).

Procurando projetar-se fora do estado de São Paulo, a sociedade pediu ao carioca Belisário Penna, conhecido especialista em saneamento, que atuasse como um dos três vice-presidentes honorários (os outros dois foram os professores A. de Sousa Lima e Amâncio de Carvalho). O presidente era Arnaldo Vieira de Carvalho, diretor da nova escola de medicina de São Paulo, fundada em 1912-1913. Entre os membros mais destacados da sociedade estavam Vital Brazil, bacteriologista do Instituto Butantã (que mais tarde desenvolveria o mais famoso instituto de soros antiofídicos da América Latina); Arthur Neiva, um microbiologista que deixara recentemente o Instituto Oswaldo Cruz do Rio de Janeiro, indo assumir – e remodelar – os serviços de saneamento do estado de São Paulo; Luís Pereira Barreto, conhecido médico e positivista; Antonio Austregésilo, psiquiatra e professor da Faculdade de Medicina do Rio; e o jovem Fernando de Azevedo, que iria ter distinguida carreira na educação. Juliano Moreira, diretor do Hospital Nacional dos Alienados, localizado no Rio de Janeiro, enviou carta parabenizando a sociedade e comunicando-lhe seus próprios esforços eugênicos no campo da higiene mental (Sociedade Eugênica de São Paulo, 1919). De início, a Sociedade Eugênica de São Paulo foi bem-sucedida, tendo realizado quatro reuniões, com bom público, entre janeiro de 1918 e dezembro de 1919, no saguão da Santa Casa de Misericórdia – tradicional

local de reunião da sociedade científica mais importante do estado, a Sociedade de Medicina e Cirurgia. Desde o início, a sociedade se definiu como organização científica, da qual fluiriam estudos científicos, conferências e propaganda sobre o fortalecimento físico e moral do povo brasileiro (Sociedade Eugênica de São Paulo, 1919).

As reuniões da Sociedade Eugênica de São Paulo eram organizadas por Renato Kehl, que continuaria como principal propagandista da eugenia no Brasil e a vida inteira seria identificado com o movimento. A posição de Kehl, como secretário, permitia-lhe conduzir as reuniões. Ele alertava a sociedade para os avanços feitos na Europa em termos de eugenia e lembrava a necessidade de que o Brasil se juntasse ao mundo avançado no estudo da hereditariedade, da evolução e da influência do meio ambiente, das condições econômicas, da legislação, dos costumes e dos hábitos sobre a raça brasileira. Ele assegurava a seus ouvintes que a eugenia já não era uma utopia, mas uma realidade nas nações científicas modernas (Kehl, 1935).

Além de suas sessões regulares, a sociedade organizou diversas palestras que levaram a eugenia à arena pública, tais como a conferência de Rubião Meira, 'Fatores de degeneração de nossa raça: meios de combatê-los' (1919), e a palestra de Kehl na Associação Cristã de Moços. Muitas dessas palestras foram reunidas em um volume publicado pela sociedade em 1919, os *Annaes de Eugenía* (Kehl, 1919a, 1919b, 1919c). O reduzido tamanho da classe profissional e letrada no Brasil e os estreitos contatos entre jornalismo, literatura e medicina garantiram à eugenia um lugar na imprensa diária e semanal, onde a reação foi altamente favorável. A eugenia foi saudada como a "nova" ciência capaz de levar a uma "nova ordem social" por meio do aprimoramento médico da raça humana (Sociedade Eugênica de São Paulo, 1919:15-16).

Apesar do entusiasmo inicial, contudo, a Sociedade Eugênica de São Paulo chegou ao fim em 1919, incapaz de resistir à morte de Carvalho naquele ano e à mudança de Kehl para o Rio de Janeiro (Kehl, 1923b). Com a partida de Kehl, o fulcro da eugenia deslocou-se para a capital federal, pouco mais ao norte. Lá, Kehl manteve vivo o interesse na eugenia por meio de uma série de panfletos, livros e debates, muitos dos quais eram relatados na imprensa médica e nos jornais. Por volta de 1947, ele publicara 26 livros, dos quais os mais importantes foram *A Cura da Fealdade* (1923a), *Eugenía e Medicina Social* (1923b), *Lições de Eugenía* (1935) e *Aparas Eugênicas* (1933). Seus livros foram bem recebidos e amplamente resenhados, e

muitos tiveram mais de uma reedição. Além dos escritos de Kehl, o *Exército e Saneamento* (1920) de Penna insere-se entre os primeiros esforços eugênicos, assim como *O Problema Vital*, de Monteiro Lobato (publicado conjuntamente em 1918 pela Sociedade Eugênica de São Paulo e pela Liga Pró-Saneamento do Brasil). Em seu estudo de vários volumes sobre literatura brasileira, Wilson Martins se refere a uma verdadeira corrente de trabalhos sobre eugenia e temas correlatos nas décadas de 1920 e 1930, expressão de uma nostalgia da higiene e da "purificação" (1978).

De acordo com uma bibliografia sobre eugenia elaborada por Kehl (1933), entre 1897 e 1933, 74 importantes publicações sobre eugenia apareceram no Brasil. Sua lista deixa de fora muitos livros e panfletos sobre temas eugênicos (como livros sobre higiene mental, por exemplo), bem como muitos periódicos influenciados pela eugenia. A bibliografia de Kehl inclui 24 teses de alunos da Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro, por exemplo, mas deixa de fora sete outras teses surgidas entre 1919 e 1937 na Escola de Medicina de São Paulo em cujos títulos indicava-se especificamente a 'eugenia'. Na verdade, Kehl representou de forma limitada a produção cultural do Brasil sobre eugenia, deixando de lado, por razões que serão explicitadas mais tarde, muitas obras que não se enquadravam em sua definição de eugenia – como, por exemplo, alguns dos escritos de Octávio Domingues.

À medida que o credo eugênico ganhava novos adeptos, a linguagem da eugenia começou a incentivar discussões científicas sobre 'saúde'. O aprimoramento humano era agora discutido em termos galtonianos de fatores 'disgênicos' e 'eugênicos', adequação e inadequação, e taras (defeitos) hereditárias. O livro publicado por Belisário Penna em 1918, *Saneamento do Brasil*, não contém linguagem eugênica, mas em seu novo livro, de 1920, baseado em uma série de palestras apresentadas no Clube Militar do Rio de Janeiro, série esta publicada com o título *Exército e Saneamento*, na qual o autor aborda precisamente o mesmo tema – o deteriorado estado do saneamento no Brasil –, o problema é, agora, apresentado como degeneração hereditária do povo brasileiro, que exigia uma solução 'eugênica'.

Embora Kehl não tenha conseguido organizar uma nova sociedade eugênica, a eugenia encontrou seu lugar na nova Liga Brasileira de Hygiene Mental, fundada na capital federal em 1922 por Gustavo Reidel, diretor da Colônia de Psicopatas do Engenho de Dentro (Freire Costa, 1976). A liga foi organizada em 12 seções, ou comitês, permanentes, cada uma com dez

membros, além de 12 representantes regionais e 12 membros correspondentes brasileiros. Muitos dos participantes eram membros das equipes dos asilos mentais e reformatórios estaduais e municipais. Além do trabalho dos comitês, a liga realizava regularmente reuniões mensais. Embora as subvenções do município do Rio de Janeiro e do governo federal – que a registrou como instituição de utilidade pública em 1923 e apoiou seus ambulatórios gratuitos – nem sempre fossem adequadas ou seguras, desde o início a liga teve considerável sucesso e foi uma notável adição às sociedades de orientação científica da capital federal (ABHM, 1929, 2, 5).

O objetivo original de Reidel para a liga era promover a 'nova' psiquiatria para ampliar o escopo da profissão psiquiátrica na vida cotidiana e realizar um programa de higiene mental, particularmente para os pobres e os criminalmente insanos. A liga se preocupou com a delinqüência juvenil, a prostituição, o alcoolismo, as doenças venéreas, a nutrição e a criminalidade. Como os norte-americanos, que os higienistas mentais brasileiros desejavam emular, os membros da liga se consideravam 'progressistas' por se orientarem pelo tratamento psiquiátrico individual e, no caso dos criminalmente insanos, pelo criminoso, mais que pelo crime (Rothman, 1980). Na verdade, sua visão da sociedade brasileira era decididamente conservadora (Pereira Cunha, 1986). A Liga de Hygiene Mental se apresentava como uma organização profissional, científica e humanitária de par com a psiquiatria avançada do resto do mundo.

O propósito da liga, segundo seus estatutos, era "realizar um programa de higiene mental e eugenia na vida individual, escolar, profissional e social" e divulgar as condições patológicas causadas pela sífilis, pelo álcool e outros fatores (ABHM, 1929, 2; 1941, 13). Mas a ênfase da liga em eugenia intensificou-se ao longo dos anos, à medida que um novo grupo de psiquiatras, como Ernani Lopes (eleito presidente em 1929), assumiu a liderança. Para significar o aprimoramento eugênico da mente, foi cunhado um novo termo: 'eufrenia' (ABHM, 1932, 5). A ligação entre psiquiatria e eugenia não é de surpreender diante da orientação da psiquiatria brasileira pela hereditariedade e a extraordinária preocupação de seus psiquiatras com os perigos que a doença mental e a 'patologia' dos pobres – crime, delinqüência e prostituição – representavam para a sociedade.

Kehl tornara-se ativo na liga por volta de 1925, e em fins de 1929 encontravam-se entre seus membros muitos dos cientistas, médicos ou não, mais proeminentes da cidade, como o próprio Juliano Moreira, diretor

do Hospital Nacional dos Alienados; Miguel Couto, presidente da Academia Nacional de Medicina e um dos principais clínicos do Rio de Janeiro; Fernando Magalhães, professor de ginecologia e obstetrícia da Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro; Carlos Chagas, protozoólogo, descobridor da doença de Chagas (tripanossomíase americana) e diretor do Instituto Oswaldo Cruz; Edgar Roquette-Pinto, eugenista, antropólogo, médico e diretor do Museu Nacional do Rio de Janeiro; o higienista e pioneiro em medicina legal Afrânio Peixoto e especialistas em doenças mentais como Henrique Roxo e Antonio Austregésilo. A Liga Brasileira de Hygiene Mental publicava seu próprio jornal, o *Archivos Brasileiros de Hygiene Mental*, que, após um hiato entre o lançamento de seu primeiro volume em 1925 e o do segundo em 1929, apareceu mais ou menos continuamente ao longo da década de 30.

Em uma terceira variante de eugenia no Brasil, fundada em círculos de medicina legal, os problemas de crime e responsabilidade legal eram intimamente vinculados à questão racial e eugênica. Afrânio Peixoto escreveu várias obras com temas eugênicos, enfatizando a importância da medicina eugênica para o trabalho policial e advogando, de modo geral, a cooperação entre as profissões médica e jurídica (ver, por exemplo, Peixoto, 1936). Enquanto isso, Miguel Couto levantava questões eugênicas referentes à imigração em sessões da Academia Nacional de Medicina (Boletim da Academia Nacional de Medicina, 1923, 96), e *Seixos Rolados* (1927) de Roquette-Pinto tem um longo capítulo intitulado 'Leis da eugenia'.

Esses vários ramos da eugenia foram reunidos na mais importante manifestação pública da eugenia brasileira na década de 1920: o Primeiro Congresso Brasileiro de Eugenía, realizado no Rio de Janeiro, em 1929. As comemorações do centenário da fundação da Academia Nacional de Medicina apresentaram a oportunidade para que Miguel Couto, presidente da instituição, convocasse o congresso. Sob a presidência de Roquette-Pinto, o congresso reuniu-se entre 1 e 6 de julho e contou com a participação de cerca de 200 profissionais, entre os quais médicos clínicos, autoridades das instituições e serviços estatais de psiquiatria e higiene, especialistas em medicina legal, jornalistas e diversos deputados federais (*O Brazil-Medico*, 1929). Delegados da Argentina, do Peru, do Chile e do Paraguai também estiveram presentes, inclusive Paz Soldan, cujo panfleto de 1916, 'Un programa nacional de política sanitaria', havia muito era considerado pelos eugenistas brasileiros como texto fundamental.

Os temas abordados na conferência foram, de fato, abrangentes: matrimônio e eugenia, educação eugênica, proteção da nacionalidade, tipos raciais, a importância dos arquivos genealógicos, imigração japonesa, campanhas antivenéreas, tóxicos e eugenia, tratamento dos doentes mentais e proteção à infância e à maternidade. Os participantes aprovaram diversas resoluções, a mais controvertida das quais foi a defesa de uma política nacional de imigração que limitasse a entrada no Brasil aos indivíduos julgados 'eugenicamente' adequados com base em algum tipo de avaliação médica.

O sucesso do congresso e a publicidade que recebeu nas imprensas diária e médica indicavam que a eugenia estava prestes a entrar em uma nova fase de atividade. Já em janeiro de 1929, Kehl havia iniciado a publicação do jornal mensal *Boletim de Eugenía* como suplemento do jornal médico *Medicamenta*. O *Boletim* foi publicado entre julho de 1929 e dezembro de 1931. A Liga de Hygiene Mental também ressuscitou seus *Archivos*, moribundos desde 1925, e intensificou seus esforços eugênicos, como se pode ver nos numerosos editoriais que propugnavam o endosso oficial do governo nacional a uma campanha antialcoólica. O sentimento de que a hora da eugenia havia chegado foi confirmado pela agitação política do país, que veio a desaguar na 'revolução' de 1930.

Antes de olharmos a eugenia da década de 1930, contudo, talvez seja oportuno voltarmos a um momento em que a eugenia parecia estar no limiar de sua consolidação institucional e ideológica, entre o início e meados da década de 1920, para perguntarmos: o que era a eugenia no Brasil?

Sanear é Eugenizar

"Aparentemente os brasileiros interpretam a palavra [eugenia] de forma menos estrita que nós e fazem-na cobrir muitas coisas que chamaríamos higiene e sexologia elementar (sic); e não se traça uma distinção muito clara entre condições congênitas devidas a acidentes pré-natais e doenças estritamente genéticas". Assim escreveu o eugenista britânico K. E. Trounson, em 1931, após examinar o material sobre eugenia que lhe fora enviado por Kehl. Trounson acrescentou: "Conflitos familiares, educação sexual e exames e atestados pré-nupciais parecem ser os assuntos que mais interessam aos eugenistas brasileiros, enquanto a genética e a seleção natural e social são bastante negligenciadas. A abordagem é mais sociológica que biológica" (Trounson, 1931:236).

Vista com olhos britânicos, a eugenia brasileira pode ter parecido um exemplo de pensamento científico errôneo ou descuidado. Vista na perspectiva brasileira, porém, o britânico deixara de perceber a lógica subjacente a sua ciência eugênica, uma lógica que permitia a muitos brasileiros afirmar que "sanear é eugenizar" (Kehl, 1923b:20). Ainda que pareça confundir a imagem da eugenia baseada nas experiências históricas da Grã-Bretanha e dos Estados Unidos, a eugenia brasileira exemplifica uma importante variante do movimento mundial, variante esta que permeou toda a América Latina.

O que o eugenista britânico, aparentemente, deixou de observar foi que o movimento eugênico brasileiro derivava não das concepções mendelianas de genética, mas de idéias neolamarckianas. A centralidade da genética mendeliana para a ciência moderna e o descrédito do lysenkoismo fizeram com que os historiadores deixassem de notar a continuada vitalidade das idéias neolamarckianas nas biologias e medicinas francesas e latino-americanas das décadas de 1920 e 1930. Não havia nada de novo, claro, na convicção da herança de características adquiridas. Pelo contrário: o lamarckismo dominara a ciência da hereditariedade na Europa e nos Estados Unidos durante a maior parte do século XIX. As novidades do lamarckismo do início do século XX eram o desafio apresentado pela genética mendeliana e a associação da hereditariedade com a nova meta de aprimoramento humano.

A concepção de um eugenista sobre como a hereditariedade poderia ser melhorada dependia de seu entendimento da natureza da hereditariedade. A despeito do eventual sucesso da genética mendeliana, os neolamarckianos produziram, nas décadas de 1910 e 1920, uma vasta literatura sobre a herança dos caracteres adquiridos, na medida em que foram forçados a chegar a termo com as descobertas mendelianas. Na verdade, alguns cientistas mantiveram sua crença em uma forma neolamarckiana de hereditariedade até quase o final da década de 1940, já na era da 'nova síntese' da biologia evolucionária com a genética mendeliana.

O neolamarckismo prevalecia, particularmente, nos círculos médicos. A continuada confiança dos médicos dessas décadas nas idéias lamarckianas cientificamente refinadas não reflete estupidez ou ignorância, mas a aparente impossibilidade de tratarem certos problemas da patologia humana. Tome-se, por exemplo, o impacto sobre a prole de doença venérea paterna ou materna. Os filhos de tais pais sofriam de 'inadequação'. Seria essa

inadequação transmitida por hereditariedade? Não haveria uma 'condição sifilítica' hereditária? Esse era o ponto de vista da maioria dos médicos na França, país onde a visão lamarckiana tinha amplo curso e onde se desenvolveu um movimento eugênico lamarckiano (Schneider, 1982).

Por tradição cultural, os cientistas brasileiros aprendiam sua ciência com a França (ver, por exemplo, Meira, 1907). A eugenia não foi exceção, como ficou claro quando, em sua primeira reunião, a Sociedade Eugênica de São Paulo tomou a sociedade francesa de eugenia como modelo de organização, reproduzindo seus estatutos palavra por palavra (Sociedade Eugênica de São Paulo, 1919). Kehl (1923b) comentou que os brasileiros haviam permanecido na ignorância a respeito da eugenia porque ela fora escrita em alemão e inglês. Embora o próprio Kehl lesse alemão, os nomes invariavelmente citados pelos eugenistas brasileiros eram de autoridades francesas – Pinard, Houssay, Landouzy, Perrier, Morel, Fournier, Richet, Apert e Moreau.

Os fundamentos neolamarckianos da visão eugênica de Kehl e muitos de seus colegas brasileiros eram freqüentemente disfarçados por sua constante referência a Galton, como pai da eugenia, e a Mendel, e pela ausência de referências diretas a Lamarck. Kehl referia-se geralmente ao neolamarckismo e à genética mendeliana como se fossem variações compatíveis da mesma ciência da hereditariedade (Kehl, 1936). Na verdade, o estilo eclético de muito do que se escreveu sobre eugenia no Brasil e o uso acrítico de fontes européias – como quando a lei ancestral de Galton foi apresentada, sem comentários, em conjunto com as leis de Mendel (Kehl, 1935) – refletia o fato de que poucos médicos brasileiros haviam estudado genética na faculdade de medicina ou estavam, então, envolvidos em pesquisa genética.

A conciliação da genética ao estilo lamarckiano com a linguagem do moderno mendelismo não era atípica nessa época. Bowler (1983) observa que a redescoberta de Mendel forçara os lamarckianos a concentrarem e limitarem o foco da herança dos caracteres adquiridos. Com freqüência, os lamarckianos aceitavam as leis da hereditariedade de Mendel, deixando, no entanto, um espaço para a noção de que de alguma forma a influência do meio poderia alterar permanentemente o plasma germinativo. As linguagens dos dois tipos de hereditariedade confundiam-se, permitindo que os eugenistas se associassem ao mendelismo, ou que usassem as árvores genealógicas mendelianas para estudo da hereditariedade nas famílias, ou

a teoria do cromossomo e a idéia de gene, sem abandonarem sua enraizada crença de que pelo menos algumas características adquiridas seriam herdadas (Monteleone, 1929).

Podemos observar mais claramente a derivação francesa desse neolamarckismo na adoção, por Kehl, da teoria de Forel sobre 'blastophtoria'[N.T. 1] para explicar como os tóxicos, as doenças venéreas e a tuberculose podiam causar a decadência hereditária (Kehl, 1935). Tão desinformados estavam os eugenistas brasileiros sobre o fato de que seu movimento baseava-se em uma concepção científica equivocada que foram tomados de surpresa quando, no final da década de 1920, uma nova geração de geneticistas apontou este fato.

Como a eugenia lamarckiana não traçava uma dicotomia simples entre 'natureza' e 'cultura' (*nature* e *nurture*), poder-se-ia presumir que melhorias na formação implicariam melhor adequação hereditária ao longo do tempo. Essa visão 'otimista' da possibilidade de aprimoramento hereditário era contrabalançada por uma visão 'pessimista' de que o peso acumulado das influências ambientais negativas do passado haviam criado condições hereditárias tão totalmente degeneradas que seria difícil melhorá-las com rapidez.

Nas atividades públicas do início da década de 1920 no Brasil, predominou o estilo otimista da eugenia lamarckiana. Estrutural e cientificamente, a eugenia brasileira era congruente, em termos gerais, com as ciências sanitárias, e alguns simplesmente a interpretavam como um novo 'ramo' da higiene. Daí a insistência em que 'sanear é eugenizar'. Olegário de Moura, vice-presidente da Sociedade Eugênica de São Paulo, afirmou que saneamento era a mesma coisa que alguns chamavam 'eugenia', acrescentando que seria melhor chamá-la saneamento para compreensão do público, ainda que eugenia fosse melhor 'cientificamente'. Moura equacionava-as da seguinte maneira: "Saneamento-eugenia é ordem e progresso" (1919:83). Os fundamentos neolamarckianos da eugenia e a generalizada congruência entre eugenia e saneamento refletem-se em muitos outros movimentos eugênicos latino-americanos. Na Argentina, por exemplo, Jorge Frias referiu-se a "métodos de eugenia positiva para melhoramento do estado da saúde pública, através do combate a todos os tipos de epidemias e endemias

---

[N.T. 1] Blastophtoria: hipotética degeneração das células germinativas provocada por envenenamento crônico, como aquele causado pelo alcoolismo, ou outras doenças (Oxford English Dictionary 2nd Ed. CD-ROM).

– a batalha contra a malária, a tuberculose, o câncer, a peste bubônica, as infecções venéreas, o alcoolismo". Algumas vezes chamou o ramo eugênico da saúde pública de "métodos eugênicos indiretos" (Frias, 1941:149-150).

Além dessa compatibilidade com o saneamento, o estilo neolamarckiano da eugenia era também congruente com a moralidade tradicional, o que o tornava ainda mais atraente no Brasil. Como o estilo neolamarckiano de eugenia mantinha abertas as possibilidades de regeneração e um lugar para ação moralizadora, encaixava-se bem na doutrina católica e permitia a fusão das linguagens moral e científica (Nye, 1984). Pobreza, doenças venéreas e alcoolismo podiam ser vistos como produtos tanto de condições sociais como de escolha moral.

Ainda que as causas abraçadas por eugenistas mendelianos e neolamarckianos fossem, às vezes, similares, as lógicas dos dois estilos eram consideravelmente diferentes e freqüentemente levavam os eugenistas a conclusões distintas, até opostas. Leonard Darwin, presidente da Sociedade Eugênica da Inglaterra, mesmo acreditando que os eugenistas deviam ajudar no combate a males sociais como o alcoolismo, afirmava com bastante firmeza que o alcoolismo em si não era uma questão eugênica, uma vez que, segundo os conceitos mendelianos, o álcool não alterava o plasma genético (Darwin, 1926). Para os neolamarckianos, contudo, o alcoolismo era uma questão eugênica precisamente por ser tanto sintoma como resultado de males sociais, e porque o ciclo causal poderia ser interrompido por ação social. Em vez de uma colisão entre o movimento hereditário da eugenia e o movimento do saneamento orientado pelo meio ambiente, como ocorreu na Grã-Bretanha (Searle, 1981), houve, no Brasil, uma cooperação intrínseca. No Brasil assim como na França, os pontos de vista neolamarckianos sobre a eugenia permitiram que se forjassem alianças entre eles e as organizações públicas mais amplas de saneamento e higiene. No Brasil, por exemplo, a eugenia lamarckiana trouxe aliados do movimento de saneamento rural, como Belisário Penna, cuja longa peregrinação a cavalo, em 1912, entre a população adoentada dos estados do nordeste do país havia feito dele um campeão da saúde rural (Neiva & Penna, 1916). Eventualmente, como sogro de Kehl, Penna foi uma adesão de grande utilidade estratégica para a eugenia, capaz de angariar o apoio de higienistas de idéias similares. Outros aliados foram recrutados nas ligas pró-saneamento e nacionalistas que brotaram no Brasil antes e depois da guerra (Moreira, 1982). Houve considerável coincidência entre as relações de membros e o

estilo dos discursos da Liga Nacionalista de São Paulo e da Sociedade Eugênica de São Paulo. Na verdade, o presidente desta, Arnaldo Vieira de Carvalho, era vice-presidente daquela.

Como os eugenistas brasileiros não distinguiam entre natureza e cultura (*nature* e *nurture*), imaginavam vários tipos de reformas sanitárias capazes de melhorar a 'adequação' hereditária e, por conseguinte, 'eugênicas'. Para a inteligência médica brasileira, já predisposta a promover o saneamento como cura para todos os males do país, a eugenia tinha o atrativo de ser uma extensão do heróico trabalho de figuras como Oswaldo Cruz e Carlos Chagas pela redução do índice extraordinariamente alto de mortalidade infantil entre os pobres e das condições insalubres das massas. Mesmo a promoção de esportes e do condicionamento físico, que Fernando de Azevedo adotou como causa particular na Sociedade Eugênica de São Paulo (Azevedo, 1919a, 1919b, 1960), pôde ser vista como 'eugênica' porque 'aprimorava a raça'. A eugenia tornara-se uma metáfora para a própria saúde.

O estilo neolamarckiano reformista da eugenia foi representado em sua forma mais pura, talvez, nas campanhas antialcoólicas da década de 1920. De há muito encarado como problema social e moral característico da população pobre e negra, particularmente, o alcoolismo foi reformulado como 'inimigo da raça' porque o 'vício' provocaria condições hereditárias ligadas ao crime, à delinqüência juvenil, à prostituição e às doenças mentais entre os pobres das zonas rurais e urbanas. O higienista e eugenista Afrânio Peixoto, por exemplo, afirmou que o álcool causava degeneração racial porque os filhos de alcoólatras eram defeituosos e predispostos desde a infância a meningite, convulsões, deficiência mental, loucura e crime (Peixoto, 1936).

As visões eugênicas e psiquiátricas do alcoolismo reuniram-se na Liga Brasileira de Hygiene Mental. A liga tentou educar o público sobre os males dos tóxicos, vistos como influência 'esterilizadora' das massas, causa das baixas taxas de reprodução, da alta mortalidade e de corrupção hereditária (ABHM, 1929, 2; 1931, 4). Em um artigo n'*O Brazil-Medico*, em 1929, Francisco Prisco comentou a redução da população trabalhadora provocada pelo alcoolismo e suas supostas conseqüências hereditárias.

Da liga derivaram-se as semanas 'antialcoólicas' realizadas no Brasil em 1927, 1928, 1929 e 1931. Elas tiveram caráter quase popular, envolvendo pronunciamentos públicos de figuras conhecidas como Juliano Moreira, há muito considerado o pai da psiquiatria no Brasil. Em outubro

de 1929, após a terceira semana 'antialcoólica', a liga criou uma seção especificamente dedicada a promover o antialcoolismo e a estimular interesse público e apoio financeiro para seu trabalho. Proibição, ao estilo norte-americano – defendida por Peixoto (Ribeiro, 1950) –, impostos sobre bebidas alcoólicas importadas ou produzidas no país e reformatórios especiais para tratamento dos bêbados inveterados foram, todos, discutidos e defendidos pela liga, entre 1925 e 1936, como medidas 'eugênicas'. A liga acabou tão identificada com antialcoolismo que os editores dos *Archivos* viram-se obrigados, mais tarde, a protestar, dizendo que ela representava muito mais do que isso (ABHM, 1933, 6).

Se a eugenia tendia a se confundir, na mente do público, com saneamento, não faltaram aos eugenistas programas especiais próprios que os distinguissem de outros reformadores sanitários. Foram os eugenistas, por exemplo, que proferiram algumas das primeiras palestras e cursos públicos sobre hereditariedade humana e a ciência da genética, indicando maneiras como a eugenia poderia ser um bom veículo para introdução da genética em países não familiarizados com o assunto. Em 1929, Fernando de Magalhães fez uma série de palestras semanais na Academia Nacional de Belas Artes (*Boletim de Eugenía*, 1, 2). Um tanto mais técnicas foram as palestras de Octávio Domingues, em 1930, para alunos de medicina e agricultura, na escola de agricultura do estado de São Paulo (Domingues, 1930a, 1930b; Kehl, 1931b). Os eugenistas foram também responsáveis pela organização de concursos populares para famílias 'eugênicas', dando prêmios em dinheiro às crianças que fossem julgadas hereditariamente adequadas e eugenicamente 'belas', representantes, portanto, do melhor da 'raça' brasileira.

Ao enfatizar que era por seus efeitos sobre as células reprodutivas que as influências ambientais mais ameaçavam a hereditariedade, os eugenistas chamavam particular atenção para a própria reprodução humana – sexualidade, matrimônio e o problema de infecções, especialmente por doenças venéreas, em um casamento. Como Schneider (1982) observou em seu estudo sobre a eugenia na França, os eugenistas lamarckianos ajudaram a reviver a 'puericultura' e a ampliar seu significado para abranger a 'puericultura antes do nascimento'. A popularização da palavra 'puericultura' e a nova ênfase no bem-estar das crianças e na saúde materna estiveram, no Brasil da década de 1920, intimamente associadas com a eugenia (Almeida, 1925). A Liga de Hygiene Mental afirmou que a

eugenia estava estreitamente vinculada à puericultura e ao matrimônio. Vemos a mesma associação na Segunda Conferência Pan-Americana de Eugenia e Homicultura, realizada em Buenos Aires, em 1934, na qual o novo Código da Criança do Uruguai foi saudado como modelo de legislação eugênica (Pan American Conference on Eugenics and Homiculture of the Americas, 1934).

Com a eugenia, também, assuntos tradicionalmente excluídos do discurso educado tornaram-se respeitáveis. Foram proferidas palestras sobre higiene sexual e prevenção de doenças venéreas – algumas das quais bastante explícitas – a rapazes educados e estudantes de medicina (Moura, 1919). Para as moças, eugenia significava maternidade 'digna', com ênfase na saúde materna e no cuidado pré-natal. As brochuras de Kehl (1925) sobre como escolher maridos e mulheres eugenicamente adequados tiveram grande circulação. Kehl (1930a, 1930b) também usou o *Boletim de Eugenía* para pedir aos leitores que respondessem a um questionário sobre livros adequados para educação sexual e 'eugênica' de moças, no lar e nas escolas. O interesse eugênico na educação sexual pouco tinha a ver com visões radicais sobre sexualidade ou papéis sexuais. Pelo contrário, a eugenia brasileira vinculava-se estreitamente a uma ideologia conservadora, familiar. Muitos eugenistas criticavam as feministas brasileiras (Hahner, 1980) porque o feminismo representaria, na opinião dos eugenistas, uma ameaça ao tradicional papel reprodutivo da mulher (Magalhães, 1925; Peixoto, 1944).

A eugenia neolamarckiana no Brasil da década de 1920 não foi exclusivamente de estilo 'otimista'. A Sociedade Eugênica de São Paulo tinha originalmente dividido a eugenia em três tipos: 'positiva', que se preocupava com uma procriação sadia; 'preventiva', que tratava da conquista dos fatores ambientais disgênicos (saneamento); e 'negativa', que visava a impedir a procriação dos que não tinham saúde (Sociedade Eugênica de São Paulo, 1919:4). Na década de 1920, predominou o interesse na eugenia preventiva, ou saneamento. Ainda assim, os eugenistas brasileiros discutiram algumas vezes aborto, controle de natalidade e até esterilização, como medidas eugênicas para controle dos indivíduos inadequados. Psiquiatras, especialistas em medicina legal e criminologistas estavam particularmente inclinados a levantar a questão da esterilização para controle da reprodução dos indivíduos 'grosseiramente' degenerados (Kehl, 1923a, 1925; ABHM, 1925, 1; 1931, 4; Cunha Lopes, 1934). Segundo Ernani Lopes, um certo dr. Álvaro Ramos teria chegado a ponto de acatar o conselho

de Juliano Moreira, diretor do Hospital Nacional dos Alienados, e fizera a esterilização 'eugênica' de mulheres com diagnóstico do desajuste sexual conhecido como "síndrome da perversidade" (ABHM, 1931, 4:246-247).

De modo geral, no entanto, a classe médica brasileira era profundamente conservadora em questões de reprodução e tendia a opor-se à esterilização eugênica, quaisquer que fossem os motivos. O próprio Kehl, ele mesmo defensor da esterilização eugênica para os "grosseiramente degenerados", recordou em 1937 que uma década antes a esterilização era considerada absurda no Brasil (Kehl, 1937:67-73). Mesmo na década de 1930, mais 'negativa', o artigo dos *Archivos* em que Farani defendeu a esterilização foi acompanhado por uma nota do editor explicando que os pontos de vista expressos eram exclusivamente do autor (Farani, 1931). É interessante observar que Farani adotou a linha neolamarckiana segundo a qual a blastophtoria causada pelo alcoolismo poderia tornar-se hereditária, o que justificaria a esterilização em casos extremos.

O neomalthusianismo, ou 'maternidade consciente', foi também discutido pelos eugenistas, mas, uma vez mais, o catolicismo da maioria dos médicos e sua orientação pró-família (e classe) refreou seu entusiasmo (Farani, 1931; Kehl, 1935). Os médicos brasileiros compartilhavam com seus colegas franceses uma ideologia pró-natalidade fundada, no caso brasileiro, no receio de que os imensos espaços vazios do Brasil, a condição insalubre das massas e suas baixas taxas de reprodução pudessem impedir que o país se tornasse a nação poderosa e moderna com que sonhavam.

A necessidade de uma maior população para o Brasil era um velho tema na política e na ciência brasileiras, intimamente ligado às políticas de incentivo à imigração do Estado (Peixoto, 1916). De modo característico, um importante médico como Arthur Moncorvo Filho vinculou eugenia e puericultura ao problema de redução das altas taxas de mortalidade e de alteração das baixas taxas de natalidade entre a população trabalhadora. Repetindo o refrão de que o Brasil era um país de apenas 25 milhões de habitantes quando poderia ter 500 milhões, Kehl (1923b) afirmou que o necessário não era o controle da natalidade, mas uma restrição à procriação dos doentes. Nesse contexto, o saneamento era visto como uma forma de 'investimento' no sentido político-econômico tradicional, com o objetivo de criar uma força de trabalho saudável e evitar uma revolução social provocada pela miséria. Miguel Couto falava em nome da maioria de seus colegas médicos quando argumentou, em 1932, que o Brasil precisava era

de mais pessoas, não menos – que "um solo fecundado" era "um solo defendido" (Couto, 1932:102). O movimento pró-natalidade fez com que a eugenia brasileira raramente brandisse o tema da putativa fecundidade excessiva das classes e raças inferiores, tão essencial para a lógica e a retórica do movimento eugênico em outros lugares. Argumentavam, ao invés, que o Brasil era um "vasto hospital" repleto de indivíduos doentes, e que exigia um programa de saneamento (Stepan, 1976:115).

Mais atraente para os eugenistas brasileiros eram os exames médicos pré-nupciais – uma espécie de controle da natalidade sem controle de natalidade. Aqui, também, nada de novo quanto à exigência de exame médico obrigatório (em contraste com exigências religiosas) para os casamentos (tal exame fora adotado na legislação dinamarquesa desde 1798, com poucos resultados). No início do século XX, esses exames tinham muitos defensores na Europa e nos Estados Unidos, desde feministas preocupadas em proteger as mulheres de infecção venérea no matrimônio a médicos interessados em proteger as crianças dos efeitos das infecções dos pais. Os eugenistas defendiam impedimentos ao casamento, voluntários ou impostos pelo Estado, apontando os supostos defeitos hereditários que poderiam ser eliminados da população caso se impedisse que indivíduos sifilíticos ou eugenicamente insalubres se casassem. Os exames pré-nupciais faziam parte das metas dos eugenistas brasileiros desde 1918, quando Kehl introduziu o assunto na primeira reunião da Sociedade Eugênica de São Paulo (Sociedade Eugênica de São Paulo, 1919). Na década de 1920, tais exames se tornaram assunto de um debate mais amplo, ainda que primordialmente médico, como se vê na palestra de Fernando Magalhães no Primeiro Congresso Brasileiro de Higiene, em 1924, sobre a necessidade de exames pré-nupciais das condições dietéticas, econômicas, habitacionais e de saúde dos pretendentes ao matrimônio.

Vários médicos viam os exames pré-nupciais como instrumentos voluntários para encorajar a formação de grandes e saudáveis famílias. Outros esperavam vê-los introduzidos como restrições obrigatórias, controladas pelo Estado, a casamentos 'doentes'. Ao longo de toda a década de 1920, os países latino-americanos debateram a possibilidade de introduzir legislação que proibisse o casamento de indivíduos (geralmente homens) com doenças contagiosas, ou que exigisse algum tipo de exames pré-nupciais, voluntários ou obrigatórios (Jimenez de Asúa, 1942). Ainda que a legislação proposta nesse sentido meramente ampliasse, em muitos casos, impedimentos de

saúde ou outros impedimentos legais, preexistentes, a novidade era a vagueza das doenças nomeadas (como 'epilepsia hereditária', por exemplo) e a confiança dos médicos em incentivar a intromissão do Estado na vida privada. Em 1926, o deputado brasileiro Amaury de Medeiros apresentou à Comissão de Saúde Pública do Congresso um projeto de lei exigindo exames pré-nupciais que ele descreveu como uma forma de eugenia 'construtiva' (em oposição à 'negativa'), compatível com as tradições brasileiras (isto é, católicas) (Medeiros, 1931). Os exames visavam às pessoas com graves defeitos físicos e doenças transmissíveis. Ainda que muitos congressistas se opusessem ao projeto, Medeiros teve o apoio dos eugenistas Kehl, Penna, Magalhães, Peixoto e outros, com fundamentos sanitários, embora Kehl, pelo menos, esperasse que os exames viessem a se tornar obrigatórios. A morte de Medeiros em 1927, no entanto, adiou qualquer ação legislativa até a década de 1930 (Porto-Carreiro, 1933).

Raça e o Movimento Eugênico na Década de 1920

E quanto à raça? Nos últimos anos tem havido considerável discussão entre os historiadores sobre eugenia, estrutura social e ideologia de raça ou classe. Na Grã-Bretanha, por exemplo, classe – não raça – esteve no centro da propaganda eugênica, especialmente as aparentes diferenças entre a 'adequação' e a fecundidade das classes (McKenzie, 1976). Os eugenistas enfatizavam o controle científico da população das classes inferiores e a promoção dos meios disponíveis para encorajar o crescimento das classes médias, supostamente mais eugênicas. Apesar disso, e mesmo que a eugenia estivesse associada à ideologia de classe, não houve qualquer relação simples entre movimento eugênico e estrutura de classes. Pesquisa recente revela que a eugenia britânica não pode ser entendida meramente como uma projeção direta, ou representação, de interesses de classe, porque muitos dos opositores da eugenia provinham da mesma classe dos próprios eugenistas (Searle, 1981).

O movimento eugênico brasileiro é um caso particularmente interessante de estudo de ciência e ideologia social. De um lado, a eugenia foi profundamente estruturada pela composição racial e pelas preocupações raciais do país. Em um sentido bem fundamental, a eugenia referia-se à raça e ao aprimoramento racial, não à classe. Isso porque concentrava suas atenções nas doenças que eram vistas como particularmente

prevalentes entre os pobres, vale dizer, entre a população principalmente negra ou mestiça. Essa população era percebida como ignorante, doente e cheia de vícios, com altas taxas de alcoolismo, imoralidade, mortalidade e morbidade. Se na cena pública a literatura eugênica utilizava a palavra 'raça' invariavelmente, no singular, para referir-se ao 'povo brasileiro', na esfera privada ela significava a 'raça negra'.

Contudo, a eugenia brasileira da década de 1920 não foi um movimento de higienização ao estilo nazista, disposto a esterilizar ou eliminar alguma raça. Como poderia sê-lo, se nem todos os membros da elite estavam seguros da 'pureza' de seu sangue? Na verdade, na década de 1920, a eugenia esteve associada ao esforço de vários membros da elite por resgatar o país da acusação de decadência tropical e degeneração racial. Os anos 20 se caracterizaram, no Brasil, por um ufanismo reformulado (Skidmore, 1974). Um nacionalismo mais realista tomou conta da nação, fundado na rápida expansão de uma economia de exportação baseada no café, na industrialização e na ascensão de novos grupos profissionais de classe média que ansiavam por reformar a política tradicional da república e lançar o Brasil como potência mundial. Desenvolveram-se novos conceitos sobre saúde da força de trabalho dos cafezais e das fábricas de São Paulo e do Rio de Janeiro, sobre a necessidade de atrair imigrantes brancos para trabalharem no Brasil e sobre as condições de doença e ignorância em que viviam as populações das cidades e dos vastos sertões.

Nesse contexto, os brasileiros começaram a rejeitar sua tradicional dependência de valores e conhecimentos europeus, e a buscar maneiras de reinterpretar suas próprias condições climáticas e raciais de modo a se permitirem uma visão mais otimista do país, compatível com o que acreditavam ser os imensos recursos naturais e a singular composição racial do Brasil. Dessa tentativa de reconciliar seu entendimento limitado da realidade social com as descobertas da ciência moderna surgiu no Brasil uma adaptação particular da ciência racial da época.

Na primeira parte do século XX, por exemplo, muitos higienistas brasileiros negavam que o ambiente tropical do país fosse hostil à raça branca, ou que causasse doenças tropicais. Nos trabalhos médicos, surgiu uma tese brasileira de 'aclimatação' dos brancos aos trópicos, na contramão da visão européia então corrente de que, por razões climáticas, a raça branca seria incapaz de trabalhar e prosperar sob calor extremo, e de que a população racialmente híbrida do Brasil estaria condenada à

degenerescência (Stepan, 1985). Em seu livro didático e popular *Minha Terra, Minha Gente* (1916) e em sua obra técnica *Hygiene* (1917), por exemplo, Afrânio Peixoto, professor de higiene pública da Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro, criticou os cientistas e médicos europeus por difamarem o clima brasileiro e negou a existência de doenças especificamente tropicais (Skidmore, 1974).

As novas ciências da bacteriologia e da microbiologia, representadas nas atividades do Instituto Oswaldo Cruz nas primeiras duas décadas do século, foram saudadas com entusiasmo pelas elites precisamente por tratarem diretamente da questão da 'degeneração' tropical. Para muitos, a chave para um grande futuro do Brasil estaria na higiene pública e nas ciências do saneamento. A identificação da eugenia com saneamento foi uma das conseqüências da importância dada à 'saúde' tropical na década de 1920. Peixoto, por exemplo, combinou eugenia e saneamento de forma característica, chamando a eugenia de novo capítulo da higiene, que levava à saúde na gestação, na educação física, na inteligência e na moralidade. Seu lema era a prevenção, mais que a cura, e que a eugenia preventiva seria a chave para um Brasil saudável.

Ainda mais essenciais para a história da eugenia no Brasil foram os esforços dos cientistas brasileiros por se livrarem da acusação da degenerescência mulata. A avaliação negativa dos mulatos pelos cientistas europeus e norte-americanos era confrontada pela afirmação brasileira de que seria por meio da miscigenação racial que o Brasil realizaria seu próprio futuro 'eugênico'. Na década de 1920, o racismo extremado – ainda que jamais ausente de todo – tornava-se exceção, em vez de regra. As relações raciais, dizia-se, eram, no Brasil, diferentes das que prevaleciam nos Estados Unidos. Quão diferentes e por que, isto continua sujeito a interpretações controversas, mas a ausência de segregação legal baseada na raça (já que o controle da mobilidade social pela elite branca podia ser feito por meio de mecanismos informais, extra-jurídicos, como a política clientelista) permitiu que os brasileiros invocassem para si um caráter nacional baseado no 'homem cordial' (homem afetuoso, de orientação privada), contente consigo mesmo e com os outros, infenso à intolerância racial (Lamounier, 1978). A classe média estava em expansão e arregimentava indivíduos mestiços educados, como o escritor Antônio Machado e o cientista Juliano Moreira, diretor do Hospital Nacional dos Alienados e presidente honorário da liga na qual as questões eugênicas eram rotineiramente discutidas.

De qualquer modo, nos anos 20, as elites eram, cada vez mais, ideologicamente 'assimilacionistas' no discurso público, ainda que social e racialmente discriminadoras na esfera privada.

Assim, na década de 1920, a manifestação expressa de racismo ia contra o curso dos desenvolvimentos sociais e ideológicos. Em um contexto de profunda preocupação com o fato de que o Brasil deixara de alcançar um tipo nacional homogêneo e de que o país estaria, na verdade, ameaçado de degeneração racial, a tese do branqueamento começou a adquirir significados mais positivos e a conformar o movimento eugênico de maneiras interessantes (Skidmore, 1974). Segundo essa tese, o histórico de miscigenação entre as três 'raças' que povoaram o país – os índios, os negros e os europeus – impediu o desenvolvimento dos conflitos raciais e dos padrões de segregação que caracterizavam as relações raciais nos Estados Unidos. Mais ainda, a mistura racial era vista como causa, não de degeneração, mas de regeneração, porque levava a um progressivo branqueamento da população por meios naturais (Monteleone, 1929). As populações negras e indígenas 'puras' que restavam estavam desaparecendo, argumentava-se, devido à seleção natural e social entre elas, à alta mortalidade, às baixas taxas de reprodução e à 'desintegração' social que se seguira à abolição. Enquanto isso, a imigração branca era vista como meio de aumentar rapidamente a proporção de brancos. Os cruzamentos entre mulatos e brancos favoreceriam o branqueamento não só pela superioridade biológica dos brancos como também pelo fato de que os mulatos preferiam parceiros mais brancos que eles próprios.

O diretor do Museu Nacional, João Batista Lacerda, fez em 1911 uma defesa científica da tese do branqueamento em documento elaborado para o First Universal Races Congress, realizado em Londres. No ano seguinte, com base nos dados do censo brasileiro, Lacerda calculou que por volta do ano 2012 a população negra do Brasil estaria reduzida a zero, e os mulatos seriam não mais que 3% da população (Skidmore, 1974)! Uma defesa posterior da tese do branqueamento, de lógica racista, foi feita pelo escritor, bastante popular, Oliveira Vianna, quando argumentou, em *Populações Meridionais do Brasil*, de 1920, que através da influência regressiva dos atavismos étnicos e do cruzamento com brancos haveria, com o tempo, uma filtragem dos mulatos e o desenvolvimento de uma clara predominância biológica dos brancos sobre os negros e mestiços.

A crescente popularidade intelectual e política do 'mito' do branqueamento nas décadas de 1920 e 1930 é mais importante que sua

precisão sociológica, embora os tipos de relações sociais e de classe que a sustentaram mereçam estudo mais aprofundado. A grande escala da imigração branca no Sul – a região com menos negros do Brasil na última década do século XIX e nos primeiros 20 anos do século XX – desempenhou um papel, como também o fizeram as altas taxas de mortalidade infantil entre as populações pobres, de maioria negra e mulata. A fé da *intelligentsia* na capacidade de a 'branquidade' dominar a 'negritude' foi reforçada pelo continuado 'sucesso', tanto dos mecanismos informais de controle social da mobilidade dos negros como das formas mais institucionalizadas de repressão, tais como o uso da polícia para manter a 'ordem' social e racial até fins da década de 1930, momento em que as relações sociais e de poder foram reorganizadas dentro do novo Estado autoritário.

Em resumo, as dúvidas sobre a situação racial do Brasil davam lugar a interpretações raciais cautelosamente otimistas do 'problema social' que influenciaram as maneiras como a nova ciência da eugenia entrou no discurso acadêmico e no debate social. O mito do branqueamento repousava, nitidamente, na idealização da branquidade. Ele representava como que um raciocínio orientado pelas aspirações de uma elite que governava uma sociedade multirracial em uma época dominada pelo racismo, um anseio por um sentimento real de brasilidade em um país partido por clivagens raciais e sociais. Era uma garantia de que a 'arianização' (para usar uma palavra popularizada por Vianna) poderia tornar-se uma realidade no Brasil. Ainda que a fé no branqueamento limitasse o propalado liberalismo racial brasileiro, no contexto da época, no entanto, ela permitiu uma avaliação mais positiva da contribuição dos mulatos – quando não dos negros – para a vida cultural e social no Brasil. À avaliação negativa de Vianna sobre os mulatos contrapôs-se a visão de Batista Lacerda de que o mulato brasileiro tinha uma inteligência superior à do negro, e de que o histórico racial do país não era impedimento para um sólido futuro.

À medida que a tese do branqueamento ganhava terreno, nas décadas de 1920 e 1930, como ideologia não oficial da elite, muitos brasileiros desviavam sua atenção do pessimismo racial para a educação, a reforma social e o saneamento como respostas ao 'problema nacional'. O resultado foi um movimento eugênico que, conquanto se fundasse em ideologia racista, foi sutilmente afastado de um racismo declarado.

Por exemplo, Belisário Penna, um dos líderes do movimento eugênico, era um conservador, crítico do que via como política corrupta da república e conseqüência de sua equivocada fé na democracia e no igualitarismo. Como estudantes do Instituto Oswaldo Cruz, em 1913, ele e Arthur Neiva haviam empreendido uma longa jornada a cavalo pelo interior do Brasil, registrando a devastação causada pela ancilostomose, pela doença de Chagas, pela malária e pela má nutrição entre a população racialmente híbrida e assolada pela pobreza da região Nordeste (Neiva & Penna, 1916). A jornada fez de Penna um propagandista da importância estratégica do saneamento para a regeneração econômica e social do país (Skidmore, 1974). Seu livro *Saneamento do Brasil*, uma contundente condenação da incapacidade do sistema federal de governo de angariar recursos ou administrar efetivamente um programa nacional de ação contra a doença e a desnutrição nas áreas rurais, fez dele uma figura conhecida nos círculos médicos e eugênicos. Para Penna, não era a raça que incapacitava os sertanejos e caboclos: as doenças epidêmicas e endêmicas eram a verdadeira causa. Para ele, sanear era eugenizar. Ele manteve essa ênfase no saneamento e na saúde pública até o final dos anos 20. Em 'Eugenia e eugenismo' (1929), ele reiterou que as condições sociais eram muito mais importantes para a saúde do que a raça ou o clima da região.

Talvez ainda mais emblemático da eugenia brasileira seja o Jeca-Tatu, figura da ficção literária introduzida pelo escritor Monteiro Lobato para representar a condição de atraso da raça brasileira. Jeca-Tatu era um indivíduo pobre, ignorante e mestiço. Por volta de 1918, no entanto, Monteiro Lobato havia mudado de idéia sobre seu significado. Seu livro *O Problema Vital* foi escrito expressamente para popularizar o saneamento como salvação do Brasil, em um esforço por desviar a atenção da explicação racial para a desintegração social (Skidmore, 1974). Nessa obra, Monteiro Lobato reviu seu ensaio sobre a decadência de Jeca-Tatu, que primeiro analisara em termos de raça e depois em termos de doenças epidêmicas. "Jeca-Tatu foi feito, não nasceu", escreveu ele (Skidmore, 1974:271). Caso se desse comida a Jeca-Tatu, e se eliminassem seus parasitas, escreveu Renato Kehl, ele se tornaria "Jeca-Bravo" (Kehl, 1923a:203).

Fernando Azevedo concordou. Argumentou que a composição racial do povo brasileiro não era empecilho para o sucesso da eugenia e afirmou que Jeca-Tatu era exatamente como os bandeirantes de sucesso que haviam limpado o território de São Paulo e feito sua grandeza. Suas diferenças não

eram raciais, mas sociais e higiênicas. A eugenia, afirmava, conclamava para a eliminação de venenos, não de pessoas (Azevedo, 1919b).

Resumindo, nos anos 20, a eugenia procurou identificar-se com saneamento. Sua linguagem era menos uma linguagem de seleção e genética que de reforma da saúde pública. O eugenista britânico Trounson tinha razão: os brasileiros interpretavam a palavra de forma menos estrita que os britânicos, e faziam-na abranger "uma boa parte do que chamamos higiene" (Trounson, 1931:236).

Lamarck contra Mendel: um divisor de águas

No final da década de 1920, a eugenia parecia pronta a expandir-se. Sob a superfície, no entanto, começavam a surgir divisões no movimento – divisões que, a despeito da receptividade pública à eugenia, impediriam que obtivesse um consenso mais amplo e a segurança institucional. Havia dois tipos de divisões: científicas e ideológicas. Cientificamente, o divisor de águas referia-se à genética neolamarckiana, em oposição à mendeliana. Ideologicamente, dizia respeito à questão de raça, confirmando assim que, no Brasil, raça, de fato, estava no cerne da questão eugênica. O modo como essas questões científicas e ideológicas se entrelaçaram no país foi surpreendente e tende a desafiar nossas expectativas tradicionais sobre políticas sociais que decorrem da ciência.

Tomando primeiro o cisma científico, vimos que, a despeito de seu verniz de galtonismo e mendelismo, a eugenia brasileira tinha raízes intelectuais na França e uma percepção neolamarckiana. A maioria dos eugenistas era formada de médicos, não de cientistas pesquisadores praticantes, o que não é de surpreender em um país onde a carreira profissional de pesquisa científica acabara de ser institucionalizada e onde a medicina era um caminho normal para o *status* profissional. Como médicos, a maior parte dos eugenistas brasileiros estava na prática clínica; poucos tinham conhecimentos de primeira mão sobre genética, ou sequer liam alemão ou inglês fluentemente. De muitas maneiras, eram bastante semelhantes a seus colegas franceses e, como eles, inconsciente mais que conscientemente, neolamarckianos em suas premissas genéticas.

O neolamarckismo dos eugenistas brasileiros não seguiu, contudo, sem questionamentos. Na segunda metade da década de 1920, uma nova geração de cientistas biólogos, a maioria empregada nas novas instituições

científicas do país, começou a adquirir considerável sofisticação em termos das divergências entre o mendelismo anglo-saxão e o neolamarckismo latino. Alguns deles se mostraram pouco dispostos a deixar que as opiniões lamarckianas dos eugenistas passassem sem discussão.

Uma das primeiras, senão a primeira, tese médica sobre mendelismo foi escrita em 1918 (Viana, 1918). Não obstante, o mais importante entre os críticos mendelianos envolvidos com a eugenia foi Roquette-Pinto, diretor do Museu Nacional de Antropologia entre 1926 e 1936 e presidente do Primeiro Congresso Brasileiro de Eugenía, em 1929, cujas opiniões científicas tiveram, conseqüentemente, grande peso. Roquette-Pinto é mais lembrado por sua abordagem do estudo dos tipos raciais brasileiros, de modo geral científica (primordialmente antropométrica). Seu endosso à genética mendeliana resultou em um ataque específico às premissas neolamarckianas de seus colegas eugenistas.

Em seu livro de ensaios de 1927, Roquette-Pinto definiu eugenia como uma seleção artificial da hereditariedade humana baseada em três componentes da genética moderna: citologia, biometria e biologia experimental. Por volta de 1928 ele já citava o geneticista norte-americano Charles Davenport ao falar sobre a teoria do cromossomo, argumentando que "toda pessoa letrada sabe que, na verdade, a celebrada 'influência do meio ambiente' ficou restrita a limites muito estreitos". "A maioria dos biólogos", comentou ele, "não acredita que o meio ambiente seja capaz de influenciar as características hereditárias, todas elas dependentes do plasma genético. O meio ambiente – acredita-se hoje em dia – modifica apenas o somatoplasma, a parte dos seres vivos que não se incorpora à herança genética" (Roquette-Pinto, 1933:35).[1] Roquette-Pinto acreditava que a confusão entre eugenia e saneamento, tão em evidência durante o Primeiro Congresso Brasileiro de Eugenía em 1929, seria esclarecida até a conferência eugênica subseqüente, quando o verdadeiro tema da eugenia – a herança mendeliana – passaria ao centro das atenções.

Um segundo local onde a eugenia mendeliana predominou foi a Escola Agrícola Luiz de Queiroz em Piracicaba, fundada em 1901, fora da capital, para melhorar a produção de animais e plantas de valor comercial no estado de São Paulo. Carlos Teixeira Mendes era o professor de agricultura da escola. Seu interesse no cultivo e seleção de plantas pode ser explicado pelo fato de ele ter adotado, logo cedo, o mendelismo e a nova ciência da hibridização (Teixeira Mendes, 1917). Em 1918, ele proferiu as primeiras palestras dadas

no Brasil sobre genética mendeliana, em seu próprio Departamento de Agricultura e no Departamento de Zootecnia chefiado por Octávio Domingues. Domingues era um importante divulgador da genética mendeliana no Brasil e, apesar de não ser um cientista dedicado à pesquisa original, foi uma figura importante dentro do movimento eugênico.

Como membro da American Genetical Association e da Eugenics Society of London, Domingues seguia estritamente a genética mendeliana. Seus textos sobre eugenia, entre os quais se destacam *A Hereditariedade em Face da Educação* (1929), *Hereditariedade e Eugenia* (1936) e *Eugenía: seus propósitos, suas bases, seus meios* (1942), estiveram entre os primeiros a rever sistematicamente e de forma atualizada as genéticas norte-americana, britânica e européia para leitura dos cientistas e do público em geral. Domingues citou, entre outros, Galton, Pearson, Punnett, Morgan, Davenport, Castle, Conklin e Jennings, além dos biólogos franceses Guénot e Guyénot.

Em sua análise da teoria genética da época, Domingues fez extensa crítica ao neolamarckismo de seus colegas eugenistas. Chamou-o de deturpação da ciência provocada por uma excessiva dependência da França, embora também observasse que mesmo dentro da genética francesa se encontravam críticos de Lamarck, citando Guénot e Guyénot como exemplos (Domingues, 1936). Em 1930 ele se queixou, no *Boletim de Eugenía*, do fato de, com poucas exceções, os brasileiros serem ignorantes em termos de genética. Em 1936, Domingues ainda podia afirmar que poucos no Brasil haviam sequer ouvido falar de Thomas Hunt Morgan.

A respeito de seus colegas eugenistas, Domingues (1929:139) escreveu: "Nossos cultivadores da eugenia estão seguindo um caminho errôneo, confundindo eugenia com higiene individual e social, com ginástica, desenvolvimento físico individual, com esportes – assuntos que estão ligados à ciência de Galton, mas que não são propriamente eugenia".

Sete anos mais tarde, reiterou seu alerta:

> Entre nós, quando nossos higienistas orgulhosamente recomendam a limpeza, bons hábitos higiênicos, abstinência de álcool, fumo, drogas de qualquer tipo, ou ginástica racional, elogiam essas recomendações pensando que o que se adquire em uma vida é transmitido à prole. Assim, uma maneira de aprimorar geneticamente a raça seria adotar tais medidas, de modo que, em poucos anos, nosso povo seria transformado em helenos puros: corpos lindos e fisionomia grega! (Domingues, 1936:147)

A essa visão neolamarckiana da eugenia, Domingues opunha outra, mendeliana. Como Roquette-Pinto, ele enfatizava a significância da hereditariedade na vida humana, distinguia entre heranças biológica e social, e defendia um programa de eugenia 'e' 'eutecnia',[N. T. 2] ou saneamento geral, que criasse no Brasil o ambiente saudável em que indivíduos geneticamente adequados pudessem prosperar.

Um terceiro exemplo dos novos mendelianos foi André Dreyfus. Transferido da Faculdade de Medicina de São Paulo para a primeira universidade 'moderna' do Brasil, a Universidade de São Paulo, ajudaria a formar ali aquele que viria a ser o principal centro brasileiro de pesquisa genética na década de 1940. Em documento apresentado no Primeiro Congresso Brasileiro de Eugenía intitulado 'O estado actual do problema da hereditariedade' (1929), Dreyfus revisou as leis de hereditariedade de Mendel e sua recente confirmação experimental, ressaltando que elas haviam dado à genética uma orientação totalmente nova. Dreyfus observou que as alternativas, como a lei de Galton da herança ancestral, citada repetidas vezes por Renato Kehl, só eram levadas a sério por pesquisadores que não atentavam ainda aos resultados positivos da genética (Dreyfus, 1929). Todos os esforços por confirmar experimentalmente as noções neolamarckianas haviam fracassado e, em conseqüência, a crença de "vários eugenistas de que um ambiente favorável, boa alimentação e instrução seriam capazes de influenciar o patrimônio hereditário" tivera "infelizmente, de ser abandonada" (Dreyfus, 1929:91). Em 1943, Dreyfus convidou o geneticista, russo de nascimento, Theodosius Dobzhansky para treinar, em São Paulo, o que viria a ser o primeiro grupo de pesquisadores da drosófila. O fato de que dois anos mais tarde, em 1945, Dreyfus julgasse importante repetir sua censura à herança neolamarckiana em suas palestras sobre genética indica a extraordinária persistência no Brasil da crença na transmissão de caracteres adquiridos.

Conquanto a crítica científica ao neolamarckianismo não surpreendesse alguns biólogos brasileiros (Andrade Filho, 1925), apanhou desprevenidos muitos dos delegados do congresso eugênico de 1929. Levi Carneiro, presidindo a sessão sobre educação e legislação, comentou em seu discurso 'Educação e eugenia' que a refutação de Roquette-Pinto à transmissão

---

[N.T.2] No original em inglês, euthecnics: a ciência e a arte de melhorar o bem-estar do homem por meio da melhoria das condições de vida (cf. Oxford English Dictionary. Oxford University Press, 1994. 2nd ed. em CD-ROM).

hereditária neolamarckiana negava a importância do álcool e das doenças venéreas para o aprimoramento racial (isto é, hereditário), bem como dos exames pré-nupciais – os quais Roquette-Pinto declarara fora do campo da eugenia por evitarem doenças infecciosas não relacionadas com a hereditariedade. Carneiro (1929) falava em nome da maioria dos eugenistas quando defendeu tanto os exames pré-nupciais (já endossados pelo congresso) como a herança neolamarckiana (citando Richet e Houssay), mas estava suficientemente inseguro de seus fundamentos para admitir que a influência do meio ambiente não estava inteiramente comprovada. Como sugeriu Carneiro, a negação da transmissão de caracteres adquiridos punha em xeque a lógica das campanhas antialcoólicas, com as quais a Liga de Hygiene Mental estava tão intimamente identificada. Talvez não seja de surpreender que o fundador da liga, Gustavo Reidel, continuasse a duvidar que as leis de Mendel se aplicassem à espécie humana, afirmando que, para ele, a desordem e a doença mentais tinham um efeito hereditário direto sobre a prole, justificando-se inteiramente, assim, o programa eugênico de higiene mental (Carneiro, 1929).

Talvez o exemplo mais interessante do efeito da crítica mendeliana à eugenia neolamarckiana tenha sido o impacto que teve no infatigável promotor e líder da eugenia brasileira, Renato Kehl. Em fins da década de 1920, início da de 1930, o próprio Kehl ficara frustrado com a confusão na mente do público entre eugenia e saneamento. Como explicaria mais tarde, aliados do movimento sanitarista haviam sido úteis no início da campanha eugênica, quando o conhecimento público sobre eugenia e hereditariedade era pequeno, e para ele próprio não estava muito clara a distinção entre saneamento e eugenia (Kehl, 1933, 1937). Quando a elite abraçou a higiene pessoal, o exercício físico e até os esportes organizados como 'eugênicos', porém, Kehl começou a protestar, afirmando que nenhuma reforma higiênica, por maior que fosse, poderia alterar o estoque hereditário do Brasil. Seu neolamarckismo estreitara-se, e ele começou a enfatizar medidas eugênicas negativas e a citar com aprovação os higienistas raciais alemães e escandinavos. Mesmo passando a uma eugenia mais negativa e racista, Kehl ainda teve dificuldade em abandonar o neolamarckismo que por tanto tempo dominara seu pensamento. Por volta de 1929, admitiu que a sífilis e a tuberculose não causavam condicionamento hereditário, como acreditara, provocando apenas dano congênito limitado a uma única geração (1935). Isto é, admitiu que apenas raramente

esses 'venenos raciais' (para usar a terminologia britânica) realmente modificavam as células reprodutoras e, por conseguinte, a característica hereditária da prole.

Mas o recuo de Kehl em relação ao neolamarckismo foi menor do que pareceu a princípio. Em *Lições de Eugenía*, que apareceu em 1929, a tempo de circular no Primeiro Congresso Brasileiro de Eugenía, a revisão de Kehl das teorias da hereditariedade continuava eclética, lembrando-nos da forma fluida como se percebiam as teorias da hereditariedade nos círculos latinos. O neolamarckianismo de Cope e Giard, o neodarwinismo de Weismann, o pré-adaptacionismo de Guénot, o mutacionismo de De Vries e a teoria do cromossomo de Morgan eram, todos, apresentados por Kehl (1935) aos leitores brasileiros com pouca seletividade. Mais ainda: o uso por Kehl (1937) do termo 'eugenismo' para descrever todas as atividades que promoviam a eugenia, inclusive a educação, o saneamento, os esportes, a legislação e a higiene, confundia a distinção que ele próprio procurava traçar entre eugenia e saneamento, ou eutecnia. Sua continuada confiança nos conceitos neolamarckianos revela-se também em sua insistência em afirmar que o antialcoolismo seria essencial para a eugenia porque o álcool podia afetar não apenas a fisiologia das células reprodutivas como também a própria hereditariedade (Kehl, 1935, 1930c). Ainda em 1937, em seu manifesto *Por que Sou Eugenista*, encontramos referências similares ao efeito das doenças crônicas e das toxinas sobre o plasma germinativo – isto é, ao que ele denominou 'desordens blastophtóricas' – ainda que agora excluísse a febre amarela, pelo menos, dos males que tinham efeitos blastophtóricos.

Lamarck, Mendel e Raça: um divisor de águas ideológico

O cisma entre os eugenistas lamarckianos e os mendelianos no Brasil teria tido menor importância para o movimento eugênico (e seria de menos interesse para os historiadores) não fosse sua estreita associação com a divisão ideológica sobre a direção que a eugenia deveria seguir. Essa divisão girou em torno de raça e da definição sobre se o movimento eugênico deveria caminhar para uma forma mais negativa, ao estilo alemão. Confrontaram-se os eugenistas neolamarckianos, do lado racista, e os mais modernos 'mendelianos', do lado anti-racista.

As raízes da eugenia mais negativa que surgiu na década de 1930 estavam no passado. A eugenia de Kehl fora sempre mais negativa e racista

que a da maioria de seus colegas, mas ele camuflara seu negativismo pela necessidade de atrair para o movimento eugênico aliados dos campos do saneamento e da clínica médica, poucos dos quais tinham, de início, conhecimento, seja de genética, seja de eugenia. A existência de uma tradição de discurso polido, não racista, também cerceou a expressão pública de um racismo declarado. Ao final da década de 1920 e início da de 1930, contudo, uma eugenia mais extrema, de estilo anglo-saxão, passou a se manifestar de forma mais ampla.

Havia muitas causas para a atração da eugenia negativa. A maior familiaridade com a eugenia alemã e norte-americana teve influência parcial. A aprovação, nos Estados Unidos, da lei de imigração de 1924, de inspiração eugênica, gerou considerável discussão entre os eugenistas da América Latina. Na Primeira Conferência Pan-Americana de Eugenia e Homicultura, realizada em Havana, em 1927, os delegados latino-americanos votaram pelo direito de cada Estado controlar a imigração da forma que considerasse mais adequada e em harmonia com a composição étnica percebida dos respectivos países (Pan American Conference On Eugenics And Homiculture Of The American Republics, 1927). As leis americanas de esterilização eugênica foram também discutidas. Kehl começou a apresentar no *Boletim de Eugenía* resumos, em alemão, dos artigos publicados, com isso sugerindo a existência no Brasil de um público para a eugenia que lia alemão – como o que se poderia encontrar nas colônias de língua alemã do sul e do sudeste do país. Por volta de 1929, Kehl elogiou abertamente os eugenistas da Alemanha por sua 'coragem' em questões de eugenia e predisse que um dia o Estado controlaria toda a reprodução (em nota de rodapé à edição de 1935 do *Lições de Eugenía* observaria que sua previsão havia se materializado). Afirmou também que a Comissão Central Brasileira de Eugenia tinha por modelo a Sociedade Alemã para Higiene Racial, fundada em 18 de setembro de 1931.

Outro possível fator para o surgimento de uma eugenia mais negativa no Brasil foi o desenvolvimento, no final da década de 1920 e início da de 1930, de ideologias orgânicas estatizantes e antidemocráticas que culminaram na fundação da Ação Integralista Brasileira em 1932 (Trindade, 1974, 1975). Embora a conexão entre eugenia e integralismo ainda esteja por ser comprovada, a ênfase na hierarquia natural, na família e no papel do Estado na estruturação das relações sociais sugere certas similaridades entre um movimento eugênico conservador e a ideologia corporativista.

A orientação católica do integralismo, porém, representou um obstáculo real à penetração da eugenia extremada, especialmente após a encíclica papal *Casti Conubii*, de 1930, que condenou a esterilização e a eugenia.

Finalmente, no final da década de 1920, verificou-se a desaceleração da imigração branca para o Brasil, levando algumas pessoas a se preocupar com o destino racial do país: sem um contínuo influxo de sangue branco, perguntavam, qual seria o resultado da propalada miscigenação brasileira? Quando escreveu seu *Aparas Eugênicas: Sexo e Civilização*, um "livro semiológico dos males gênito-sociais" (1933:7), Kehl estava pessimista. O Brasil, acreditava ele, era uma república 'desmoralizada', em busca de 'homens válidos'. Ele estava determinado a marcar a divisão entre eugenia e saneamento – a negar que "sanear é eugenizar, que educar é eugenizar". O que o Brasil necessitava, argumentava Kehl, era menos de exercício, educação e até higiene geral – nenhum dos quais podia afetar o plasma germinativo – que de uma verdadeira eugenia baseada, entre outras coisas, na esterilização dos degenerados e criminosos, na imposição de exames pré-nupciais obrigatórios e na legalização do controle da natalidade (Kehl, 1933). Nas páginas do *Boletim de Eugenía*, a linguagem da seleção – virtualmente ausente da literatura eugênica da década de 1920 – ganhava agora maior destaque, assim como a de classe (ver, por exemplo, Decroly, 1929). Manifestava-se preocupação com os diferenciais de fertilidade entre as classes, com os custos sociais da filantropia e com o ônus para o Estado da mediocridade e da inadequação (Kehl, 1929a, 1931a, 1931c; Cunha Lopes, 1931). A eugenia, argumentava-se, deveria ocupar-se do gerenciamento racional e estatal da população, do incentivo à reprodução das classes superior e média, eugênicas, e da prevenção da reprodução das classes inferiores, menos eugênicas. Na forma como a apresentavam Kehl e seus aliados, mudava todo o tom da eugenia, que então ficava muito mais próxima do movimento norte-americano.

Em nenhum lugar a mudança para uma eugenia mais pessimista e negativa foi mais notável que na questão de raça. Referências à 'nossa raça' ou à 'raça brasileira' foram substituídas por referências às raças 'branca' ou 'negra'. Cresceu o número de artigos publicados no *Boletim de Eugenía* sobre os riscos da miscigenação racial, tema que dominou as edições posteriores dos livros de Kehl (por exemplo, Kehl, 1929b; Silva, 1931). Não apenas citavam-se, com aprovação, Lundborg e Mjöen, higienistas raciais alemães e escandinavos, como trechos selecionados de seus escritos foram

traduzidos para o português e reproduzidos na íntegra (Lundborg, 1930, 1931; Mjöen, 1931). Até o termo 'higiene racial' começou a ser usado (por exemplo, na nota de pé de página de Kehl em Mjöen, 1931). Os mulatos eram agora descritos como elementos heterogêneos, instáveis, perturbadores da ordem nacional. O fato de que o Brasil vinha conseguindo um branqueamento por meio da miscigenação racial era, para Kehl, razão de tristeza, não de comemoração. Ele alertava contra os cruzamentos entre raças e classes, ao mesmo tempo que desaprovava sua falta de preconceito racial e de classe (Kehl, 1935).

No entanto, ao esposar uma eugenia negativa, neolamarckiana, racista, tão atraente para as preocupações privadas – às vezes até públicas – da elite brasileira, Kehl ia contra poderosas correntes científicas e ideológicas que arrastavam a eugenia brasileira para outra direção, e que evitariam que ela se tornasse o movimento de higienização racial que ele então visualizava (Castiglione, 1942). Muitos dos mendelianos brasileiros se opunham à associação da eugenia não apenas com o lamarckismo, mas também com o racismo. Enquanto Kehl defendia uma eugenia negativa e racista fundada na transmissão de caracteres adquiridos, diversos mendelianos propunham uma eugenia mais voluntarista, com menos orientação racial, em que eugenia e saneamento trabalhassem juntos para o aprimoramento da 'raça'.

Um dos opositores mendelianos de Kehl foi Octávio Domingues, que, em 1929, referiu-se ao mulato brasileiro dizendo que ele era produto de hibridização mendeliana normal e saudável e que o Brasil era exemplo 'especial e precioso' de miscigenação racial. Se o mestiço às vezes era inferior, escreveu ele, não o era mais que as supostas raças puras da Europa. O continuado compromisso de Domingues com a ideologia do branqueamento revela-se em seu uso das leis de Mendel para argumentar, com base na herança mendeliana de cor da pele e nas proporções raciais do país (ele acreditava que os brancos dominavam), que através de contínua miscigenação racial o Brasil se branquearia naturalmente com o tempo. Vale dizer, um povo mulato poderia produzir prole branca porque, no mendelismo, os fatores hereditários que controlam a cor nem se misturam, nem se fundem, mas são preservados e recombinados (Domingues, 1929). Embora pronto a defender o valor eugênico do controle da natalidade e até da esterilização em bases individuais, não raciais, Domingues (1936) preferia uma eugenia positiva baseada no incentivo a uma consciência eugênica nos

indivíduos, por meio da educação, pela qual as pessoas com defeitos hereditários evitariam reproduzir-se. Ele se opunha a qualquer forma de controle da reprodução pelo Estado (1929).

Assim, Domingues era tanto mendeliano como menos racialmente inclinado que Kehl. Seus pontos de vista sobre raça e mistura racial são particularmente reveladores da forma como a ideologia do branqueamento interagia com a ideologia eugênica ao final da década de 1920. Domingues interpretava a miscigenação não como causa de degeneração racial, mas como um processo biologicamente adaptativo que permitiria que se desenvolvesse uma verdadeira civilização nos trópicos. Vemos aqui um curioso prenúncio da tese de Gilberto Freyre da democracia racial, com sua dependência da biologia racial e sua visão positiva da mistura de raças como, em si mesma, uma forma de eugenização, ou aprimoramento eugênico.

O antropólogo mendeliano Roquette-Pinto desempenhou um papel ainda mais público que Domingues na luta para manter a eugenia livre das mãos de racistas estridentes. Seu contato com Franz Boas em Nova York, em 1926, foi, possivelmente, um fato que contribuiu para fazer de Roquette-Pinto um ardente defensor do valor do mulato para a cultura brasileira. Ele questionou o ponto de vista de Kehl, Mjöen e outros sobre a degeneração dos mulatos, declarando que esta não estava cientificamente comprovada e, no Primeiro Congresso Brasileiro de Eugenía, criticou também o *Lições de Eugenía* de Kehl (que o autor fizera circular entre os participantes do congresso), acusando-o de não representar, em seus pontos mais extremados, a visão do congresso. Em seus ensaios sobre antropologia brasileira, ele invocou o *Prometheus* de Jennings (1925) para alertar contra os eugenistas apressados a quem faltavam dados científicos (Roquette-Pinto, 1978).

Em uma sutil inversão do uso que Davenport fizera da genética mendeliana para alertar contra os perigos dos cruzamentos raciais (Kevles, 1985), Roquette-Pinto argumentou que os cruzamentos mendelianos entre brancos e negros seriam um processo saudável de branqueamento. Mesmo sem novos cruzamentos com brancos, afirmava ele, os mulatos já tinham genes brancos e poderiam produzir filhos tão brancos que nem mesmo um antropólogo experiente como ele próprio conseguiria distingui-los dos europeus (Roquette-Pinto, 1927). Tendo avaliado mais de dois mil homens brasileiros, afirmava ele, tinha uma sólida base para tal julgamento. Acrescentou, porém, que o objetivo da eugenia não era branquear, mas sim educar todas as pessoas, brancas e negras, sobre a importância da hereditariedade,

de modo que os indivíduos de inclinação eugênica, ajudados por programas estatais de saneamento, pudessem participar voluntariamente na 'purificação' da raça. A eugenia em si, declarou ele, era uma área "onde o Estado não penetra" (Roquette-Pinto, 1927:205). O resultado das diversas restrições científicas e políticas que influenciaram os escritos de Roquette-Pinto foi uma eugenia na qual a sugestão de uma abordagem positiva e reformista combinava-se com a eutecnia, ou reforma do meio ambiente.

As disputas políticas e científicas dentro da eugenia brasileira vieram à tona no congresso de 1929. O debate sobre raça provocado pelo documento 'O problema eugênico da immigração', do deputado racista (e mendeliano) Azevedo Amaral dominou o evento. As discussões prosseguiram no segundo e no terceiro dias. Tão acalorado foi o debate que as propostas de Amaral tiveram de ser reformuladas e votadas separadamente: a primeira sobre restrição à entrada de não-europeus em geral; a segunda restringindo especificamente a entrada de negros. A questão, claro, girava em torno do valor dos cruzamentos raciais. Ao afirmar que a mistura racial leva à degeneração, Amaral teve o apoio de Fontanelle, higienista mental, de Xavier de Oliveira, médico clínico, e do presidente da Academia Nacional de Medicina, Miguel Couto. Opuseram-se a ele Roquette-Pinto, o antropólogo Fróes da Fonseca, Belisário Penna e Fernando Magalhães e o fisiologista Miguel Osório de Almeida, todos ou defensores dos cruzamentos raciais, ou contrários à restrição à imigração com base em critérios étnicos ou raciais (Primeiro Congresso Brasileiro de Eugenía [doravante PCBE], 1929).

Como presidente do congresso, Roquette-Pinto desempenhou importante papel ao forçar a questão que, afirmou, não era uma questão de raça, mas de higiene. Penna o apoiou. Magalhães lembrou aos participantes que o passado do Brasil baseava-se no mestiço, e acrescentou: "somos todos mestiços e portanto excluiríamos a nós mesmos" (PCBE, 1929:20). "Não acreditamos", disse Fróes da Fonseca, "que a eugenização do Brasil seja um problema racial" (PCBE, 1929:79).

Roquette-Pinto (1978) defendeu de modo especial o valor eugênico dos japoneses contra ataques de eugenistas como Miguel Couto, que há muito pedia restrições a imigrantes asiáticos com argumentos eugênicos (Boletim da Academia Nacional de Medicina, 1925).

Roquette-Pinto e seus aliados estavam prontos a conceder a necessidade de algum tipo de seleção individual dos imigrantes, como havia sido proposto em 1925 por Juliano Moreira, Pacheco e Silva e outros. Tal seleção

se basearia na saúde e visaria a assegurar a entrada de pessoas dispostas a aprender português e a adaptar-se ao jeito brasileiro, de modo que o Brasil pudesse chegar à unidade nacional. Aquilo a que se opunham era uma seleção racial da imigração, que viam como fundada apenas em preconceitos nada científicos e ultrapassados.

No congresso de 1929, a etiqueta racial triunfou sobre a crença privada. Em uma conferência repleta de temas controversos, as propostas de Azevedo Amaral foram umas das poucas não endossadas na forma original. Sua proposta para uma política nacional de exclusão de imigração com base na raça foi rejeitada, pelos participantes presentes à sessão, por 25 votos contra 17 (PCBE, 1929).

Eugenia no Estado Novo

Para muitos países da América Latina, a década de 1930 foi um período politicamente tão excepcional quanto para a Europa. No Brasil, a década se inaugurou com a queda da Primeira República e a 'Revolução de 30', produto de novas forças sociais, algumas de orientação radical, outras conservadoras, todas críticas do controle da política pela tradicional oligarquia composta, principalmente, pelos donos de terras. Com ela, ganhou proeminência Getúlio Vargas, político do Rio Grande do Sul que assumiu a presidência e preparou o caminho para a Assembléia Constituinte, em 1933, que iria elaborar uma nova Constituição para o Brasil. A princípio, esses eventos pareceram representar novas oportunidades políticas e sociais e oferecer um espaço para experimentação institucional. Houve, nesse período, a criação de novas agências federais, dentre as quais se destaca o Ministério do Trabalho.

Em uma época em que o Brasil sofria os efeitos da depressão mundial e da rápida queda dos preços internacionais do café, o colapso das maneiras tradicionais de fazer as coisas e a busca de alternativas pareciam oferecer uma nova perspectiva para a consolidação da eugenia em âmbito nacional. Renovaram-se os esforços pelo estabelecimento de uma legislação contra o alcoolismo e pela obrigatoriedade dos exames pré-nupciais (Porto-Carreiro, 1933). A Liga Brasileira de Hygiene Mental ampliou seus serviços, criando a primeira "clínica infantil de eufrenia" (ABHM, 1934, 7:65). Em 1931, o incansável Kehl criou a Comissão Central Brasileira de Eugenia, cuja tarefa era promover a eugenia e fazer *lobby* pela legislação eugênica entre os

membros da Assembléia Constituinte. Seus dez membros permanentes eram Kehl, como secretário-geral; Ernani Lopes, presidente da Liga de Hygiene Mental; Gustavo Lopes, um auxiliar do Departamento Nacional de Saúde Pública; Porto-Carreiro, professor de medicina na Universidade do Rio de Janeiro; Cunha Lopes, da Assistência a Psicopatas; Toledo Piza Jr., professor de zoologia da Escola de Agricultura de Piracicaba; Octávio Domingues, professor de zootecnia na mesma escola; Achiles Lisboa, higienista e eugenista; e Caeta Coutinho, inspetor de farmácias do Departamento Nacional de Saúde Pública.

No ano de sua fundação, a comissão ganhou visibilidade política com a nomeação de Belisário Penna como diretor do Departamento Nacional de Saúde Pública, subordinado ao novo Ministério de Educação e Saúde Pública. A escolha de Penna insuflou as esperanças dos eugenistas de que, finalmente, seria aprovada no país uma legislação antialcoólica (ABHM, 1931, 4). Além disso, Roquette-Pinto e Kehl foram convidados para integrar uma comissão especial organizada dentro do Ministério do Trabalho para consultoria sobre eugenia e problemas de imigração.

Por volta de 1937, contudo, o período de experimentação política e limitada democracia parlamentar chegaria ao fim. Sete anos após a 'Revolução de 30', e apenas três depois da promulgação da Constituição de 1934, Getúlio Vargas conseguiu consolidar seu poder em um novo Estado corporativista, o Estado Novo, que persistiria até o final da Segunda Guerra Mundial, encerrando-se em 1945 com um golpe militar. A Era Vargas continua a esquivar-se de fáceis definições ideológicas e políticas (Putnan, 1941, 1942; Lowenstein, 1942; Levine, 1970; Chauí & Franco, 1978). Embora tivesse encerrado a Primeira República, as continuidades do Estado Novo com o passado eram marcantes. De início interpretado como uma versão brasileira do fascismo europeu, o Estado Novo, corporativista e autoritário, combinou uma desconcertante mistura de elementos reacionários e progressistas.

De um lado, após um período de experimentação política em que foram criados os primeiros partidos de massa da esquerda democrática (a Aliança Nacional Libertadora) e da direita (o integralismo), cresceu a repressão política, especialmente após 1935, fortalecendo-se o controle de Vargas sobre o sistema político e o Estado. Esse controle envolveu o policiamento de 'dissidentes', da esquerda e da direita, e a eventual eliminação dos partidos políticos e o encarceramento de muitos de seus líderes.

Por volta de 1938, todos os partidos políticos haviam sido eliminados. O que quer que fosse, o Estado Novo não tinha lugar para os partidos fascistas.

Socialmente, o regime Vargas também presenciou a ampliação do poder do Estado nacional para gerenciar e controlar grupos que representavam 'problemas sociais', como os doentes mentais, as prostitutas e os delinqüentes juvenis. De um lado, foi nesse período que um sistema estatal de identificação foi discutido pelo especialista em medicina legal Leonídio Ribeiro, que abrira um novo instituto de identificação na capital federal, em 1933, e trabalhou em estreita associação com o chefe da polícia da cidade, Felinto Müller, de extrema direita, na 'atualização' das técnicas 'científicas' de identificação e tratamento dos criminosos 'patológicos' no Brasil (Ribeiro, 1931). De outro, sob o governo Vargas, o Brasil iniciou a incorporação ao Estado de novos grupos sociais, notadamente a classe operária industrial urbana, que, em troca do controle corporativista e da aquiescência social, ganhou nova legislação de bem-estar social e trabalhista e a criação do Ministério do Trabalho (Flynn, 1979).

Foi nesse contexto que a eugenia sobreviveu no Brasil, na década de 1930. A complexidade do regime Vargas encontrou seu par no movimento eugênico – em sua orientação científica (neolamarckiana e mendeliana), em sua ideologia racial (que ia do segregacionismo ao assimilacionismo) e em sua proposta de políticas sociais (higiene pública, proteção à maternidade, legislação trabalhista, controle da imigração). A formação de um novo departamento nacional de saúde, em 1934, a ênfase no bem-estar infantil (ainda que ineficaz na prática), a restrição ao trabalho feminino e infantil (também ilusória) e a atenção dada à saúde das mães não podem ser entendidas sem referência à história da eugenia no país. Mesmo que tais desenvolvimentos fossem, obviamente, resultado de muito mais que meras pressões dos eugenistas, estes defenderam ativamente seus pontos de vista durante os debates da Assembléia Constituinte de 1933 e conseguiram transformar parte de suas preocupações eugênicas em novas leis e instituições culturais e sociais. Muitas dessas inovações legislativas e culturais sobreviveram ao Estado Novo. As áreas de sucesso e fracasso lançam considerável luz sobre o caráter ideológico da Era Vargas.

Primeiro, a proposta dos eugenistas à Assembléia Constituinte de fazer da promoção da educação eugênica uma responsabilidade do Estado nacional foi aceita na constituição (Kehl, 1935). Considerando a identificação da eugenia com a 'saúde', esse resultado talvez não seja excepcional, e

certamente pouco representou em um país onde, provavelmente, 90% da população era de analfabetos, e onde a escolarização primária era calamitosa. A cláusula de 'educação eugênica' tem mais significância pela importância simbólica que conferiu à eugenia que por seus resultados práticos.

Segundo, à medida que a Igreja Católica se aproximava do Estado brasileiro em 1930 (Della Cava, 1976; Todaro, 1974), obtendo importantes concessões constitucionais, como a validade jurídica dos casamentos religiosos e a proibição do divórcio, eugenistas radicais como Kehl achavam o ambiente pouco propício a programas sancionados pelo Estado para esterilização dos "inadequados e inaptos" ou dos "grosseiramente degenerados" defendido por Afrânio Peixoto, José Fontanelle, Pacheco e Silva, e Leitão da Cunha (Kehl, 1935:225). Frustraram-se igualmente os esforços dos eugenistas e de trabalhadores e médicos radicais pela legalização do aborto em casos excepcionais, do controle da natalidade por motivos eugênicos (Kehl, 1935; Ribeiro, 1942) ou outras razões. A despeito dos esforços dos eugenistas por assegurar aos políticos que a eugenia não era nem uma religião substituta, nem contrária à fé católica, esterilização, controle da natalidade e aborto eram percebidos como anticatólicos e continuaram ilegais no Brasil até muito recentemente.

Teve mais sucesso, e foi mais aceitável para a sensibilidade católica, a cláusula 'nubente', que exigia que os noivos apresentassem comprovação de sua saúde mental e física antes do casamento, uma exigência inserida na Constituição de 1934, oito anos antes que cláusula similar fosse incorporada à sua correspondente francesa. A lei brasileira era qualificada pela declaração de que sua aplicação levaria em consideração as condições regionais do Brasil (provavelmente uma referência à falta de números adequados de agentes de saúde em qualquer lugar fora das grandes cidades). Como um número muito expressivo das uniões no Brasil era extralegal, a eficácia de qualquer legislação neste sentido seria duvidosa. Também inútil seria a discussão sobre se tal lei era ou não 'eugênica'. Vários eugenistas reconheciam que não o era, já que não examinava supostos defeitos 'hereditários', apenas os infecciosos – doenças venéreas, principalmente. De qualquer modo, a lei não entrou em vigor e desapareceu na Constituição de Vargas de 1937. Isso explica os continuados reclamos por exames pré-nupciais adequados ao longo das décadas de 1930 e 1940 (Roxo, 1939-1940).

O ramo da eugenia que enfatizava 'saneamento', seja a higiene pública, seja uma higiene reprodutiva de tipo neolamarckiano, também encontrou seu lugar no Estado Novo. Do ponto de vista de muitos eugenistas, a

aprovação de novas medidas de seguridade social, a criação de benefícios de desemprego e pensões, a ampliação do auxílio às mulheres grávidas, a introdução de benefícios à maternidade para incentivar a formação de grandes famílias e a legislação trabalhista protetora (tal como a restrição ao horário de trabalho das mulheres) foram, todas, medidas bem recebidas de aprimoramento 'eugênico' (Kehl, 1935). Muitos dos eugenistas admiravam os amplos programas de 'proteção familiar' executados por Mussolini na Itália fascista, programas cuja orientação pró-família, pró-catolicismo, antiabortiva e antifeminista era altamente congruente com a ideologia eugênica brasileira (Ribeiro, 1937).

A admiração pela legislação social e trabalhista introduzida em 1934 e nos anos seguintes manifestada por eugenistas extremistas como Kehl devia-se, em parte, à falta de coisa melhor, já que tal legislação não envolvia a seleção eugênica baseada em classe ou raça, e não discriminava, no que tange aos benefícios, entre os indivíduos eugenicamente 'valiosos' e os 'não valiosos'. Afinal, o presidente da Eugenics Society of London, Leonard Darwin (1926), afirmara que os cuidados pré-natais não se enquadravam no escopo da eugenia e que a assistência pública não-seletiva promovia a decadência racial.

A eugenia também encontrou algum tipo de guarida no Estado Novo quando Vargas fez da puericultura um instrumento para incorporação das massas no Estado e para promoção de um sentimento patriótico apartidário, apolítico (Lowenstein, 1942). Educação física e esportes de equipe eram encorajados nas escolas como forma de "nivelar as disparidades étnicas" (Lowenstein, 1942). Os termos 'eugenética', 'eufrenia', 'eugenia' e 'disgenia' foram amplamente usados no Brasil da década de 1930 para descrever as atividades de atenção às crianças e às mães. Em 1937, Vargas fundou o Instituto Nacional de Puericultura, subordinado ao novo Ministério da Educação e Saúde. Funcionando dentro do Hospital Arthur Bernardes, em colaboração com um laboratório de estudos de biologia infantil, médicos realizavam, além de consultas pré-natais, exames eufrênicos (de higiene eugênica mental) nas crianças que lhe eram encaminhadas para estudo pelos centros de detenção juvenil. Como organização independente, o instituto sobreviveu até 1946, quando foi incorporado à Universidade do Brasil. Nas edições de seu boletim pode-se acompanhar a passagem do instituto, da puericultura, da eufrenia e da 'eutropia', na década de 1930, para a 'atenção à criança', na década de 1940.

Por último, alguns eugenistas encontraram seu caminho dentro do novo Ministério do Trabalho e das clínicas estatais para crianças, adolescentes e para 'delinqüentes'. Ali estudavam as 'patologias' hereditárias da raça brasileira.

O exemplo mais interessante da forma como a eugenia se entrelaçava com o Estado Novo na década de 1930 refere-se à raça e à nacionalidade. Segundo Lowenstein, o Estado de Vargas foi marcado pelo "desejo de criar uma consciência homogênea de nacionalidade como base para a vida social e política" (1942:188). Novos aparatos estatais foram desenvolvidos para ajudar a formar tal consciência, para promover o patriotismo e gerar um sentimento de unidade nacional. Diante dessa orientação ideológica, evitava-se deliberadamente em público o uso da linguagem do racismo, a evocação do antagonismo ou da diferença, ou o reconhecimento da realidade da discriminação racial, especialmente depois que o Brasil entrou na guerra contra a Alemanha. Mesmo antes, porém, a noção de que a fusão racial e cultural seria a solução para a composição racial e social do país tornara-se a ideologia oficiosa do Estado, defendida galhardamente apesar das evidências em contrário das profundas divisões raciais e de classe. A identidade e a homogeneidade nacionais seriam forjadas em casa, pela incorporação ao Estado dos estratégicos operários da indústria, que recompensaram Vargas com seu apoio, e por um nacionalismo excludente que resultou em uma série de leis que restringia o número de estrangeiros que poderiam ter emprego nas empresas brasileiras, e fez do português a língua única de instrução nas escolas. A destruição, por Vargas, do movimento integralista, de outro modo consistente com o Estado Novo, foi resultado, em parte, desse receio de que o integralismo, por sua identificação com o nazismo alemão, ameaçasse a 'brasilianização'. Eventualmente, Vargas suprimiu também os jornais em língua estrangeira, a exibição de bandeiras de outros países e, na medida do possível, a identificação como estrangeiras das colônias alemãs.

Nessas circunstâncias, recusando-se a aceitar o amálgama racial do país como solução para a identidade racial brasileira, os eugenistas racistas encontraram relativamente poucos adeptos. A fusão cultural e racial que levaria ao desaparecimento da negritude e à materialização do branqueamento era considerada 'eugênica' em si mesma.

Em contrapartida, a restrição à imigração, sonho antigo de alguns eugenistas, foi popular entre os políticos na década de 1930 devido ao crescente endosso a um processo de fusão e branqueamento dentro do

Brasil, com o auxílio da eugenia. O declínio da imigração européia no final da década de 1920 e a ascensão da imigração japonesa foram fatores essenciais de motivação dos reclamos dos eugenistas pela brasilianização e pela formação da unidade nacional em casa, medidas necessárias para proteção contra ameaças externas de grupos étnicos ou nacionais cujas características físicas ou culturais, afirmavam eles, iriam perturbar o processo natural de unificação e homogeneização do Brasil (Paes de Andrade, 1925). Esse ponto foi defendido por Belisário Penna no congresso de eugenia de 1929, quando manifestou em público sua preocupação com os colonos que se assentavam em grande número no Brasil e se recusavam a adaptar-se, lingüística e culturalmente, aos modos brasileiros (PCBE, 1929). Vemos a expressão da mesma preocupação no clássico trabalho de Fernando de Azevedo sobre cultura brasileira, publicado em 1943, onde o autor se refere às colônias japonesas e alemãs como "quistos na organização nacional" (Azevedo, 1950:37).

Em 1929, Penna, concordando com Roquette-Pinto e outros eugenistas envolvidos no debate sobre restrição racial, afirmou que o problema não era realmente racial e eugênico, mas político. Mas as preocupações com a unidade nacional – sobre 'como' o Brasil iria criar uma nação e uma etnia únicas – serviram para unir eugenistas e políticos que, em outros pontos, divergiam radicalmente em suas visões da questão racial. Elas deram aos eugenistas seu grande sucesso legislativo. Sua preocupação com a adequação dos imigrantes, fosse ela cultural ou racial, teve receptividade na Assembléia Constituinte de 1934, onde vários eugenistas desempenharam papel ativo na elaboração de alguns artigos da nova Constituição. Miguel Couto e Xavier de Oliveira apresentaram à Assembléia os argumentos eugênicos que haviam exposto em 1929, defendendo uma seleção racial dos imigrantes, atacando particularmente os japoneses, que acusavam de contribuir para a formação de um 'mosaico racial' no país (Navarro, 1950; Brasil, 1935, 4). Antonio Pacheco e Silva argumentou que a restrição era tanto eugênica como medida de saúde pública, apresentando dados para mostrar que os imigrantes japoneses e italianos introduziam novas doenças no país (Castiglione, 1942). Para outros membros da Assembléia Constituinte, a restrição à imigração era necessária devido ao alto desemprego que o país enfrentava (Mitchell, 1983). Da antiga posição, em que a imigração branca era bem-vinda como fonte de eugenização, o Brasil estava agora prestes a fechar suas portas aos imigrantes em nome da proteção ao processo doméstico de eugenização. O resultado dos vários argumentos

foi uma lei de imigração 'eugênica', que estabeleceu, pela primeira vez no Brasil, cotas raciais (inclusive uma cota para negros), além da exigência de provas de adequação, econômica e de outra ordem, para entrada no país. Os artigos sobre imigração foram mantidos na Constituição promulgada pelo Estado Novo em 1937, ratificando o compromisso com o branqueamento do Estado nacional e reforçando o mito da unidade nacional.

Não obstante isso, a ideologia racial que obteve consenso no Brasil ao final da década de 1930 não foi a de Kehl, mas a do sociólogo brasileiro Gilberto Freyre. Seus trabalhos deram as idéias-chave que dominariam as interpretações domésticas da história e da nacionalidade brasileiras durante os 30 anos subseqüentes. Freyre estudara na Universidade de Colúmbia, onde, sob a influência de Franz Boas (Stein, 1961), aprendera uma orientação 'antropológica cultural' e anti-racista. Na definição de seus pontos de vista, Freyre referiu-se também a fontes brasileiras, como a declaração de Roquette-Pinto em 1929 de que o tipo brasileiro não seria racialmente inferior, mas doente (Freyre, 1963). A intenção de Freyre era opor-se ao exagerado racismo biológico de autores como Oliveira Vianna, e introduzir análises mais sociológicas. Começando com *Casa-grande & Senzala*, em 1933, Freyre enfatizou a realidade da diversidade racial e cultural do Brasil, defendeu a 'harmonia' racial do país, contrastando-a com o conflito racial e os padrões de segregação dos Estados Unidos, e argumentou que o Brasil fora singular ao criar, de uma mistura racial, uma civilização 'luso-tropical' no Novo Mundo.

Ainda que tenha representado uma sutil subversão do pensamento racial em seu país e uma crítica ao tradicional pessimismo racial, o trabalho de Freyre não constitui um rompimento com o passado (Medeiros, 1980). Freyre, na verdade, afirmou que, longe de serem racialmente 'inadequados', como diziam Vianna e outros, africanos 'eugenicamente' superiores haviam se mesclado livremente, em uma democracia racial, com uma população portuguesa culturalmente adaptada aos trópicos e com os índios, produzindo um povo racialmente híbrido de crescente qualidade étnica e 'eugênica'. Mesmo alterando as avaliações raciais, a estrutura do argumento – com sua ênfase em fatores de raça, antes que econômicos ou de classe – continuava a mesma.

A falha de Freyre ao deixar de revelar os profundos preconceitos e estruturas sociais que marginalizaram os negros e mulatos no sistema social brasileiro (uma falha pela qual foi amplamente criticado por uma nova geração de cientistas sociais brasileiros nos anos 60) não está em

questão aqui (Viotti da Costa, 1970). A questão é que o atrito racial e social no Brasil, ao final da década de 1920 e na de 1930, constituíram o contexto no qual a eugenia teve condições de sobreviver. O ramo da eugenia identificado com higiene pública, compatível com o branqueamento racial e com o mito da democracia racial, ganhou apoio. O lado da eugenia identificado com os movimentos negativos e pessimistas de higiene racial da Europa e dos Estados Unidos não o conseguiu.

A eugenia viu-se, assim, em posição estranha no Brasil. Sua feição científica e política torna impossível qualquer conclusão simples sobre as relações entre ciência e vida social. Cientificamente, a genética ao estilo neolamarckiano predominou nos círculos médicos até 1940 (Couto, 1935; Bandeira de Mello, 1939-1940). Na edição de 1934 de *Casa-grande & Senzala*, Gilberto Freyre defendeu o neolamarckismo, não na forma da teoria da blastophtoria, mas na do trabalho de Kammerer. Em suas visitas ao Brasil na década de 1940, para estudar a drosófila em climas tropicais, Theodosius Dobszhanksy observou que muitos brasileiros ainda acreditavam na herança dos caracteres adquiridos (Dobszhanksy, 1980). Somente ao final da década de 1940 é que o mendelismo finalmente tomou o lugar das idéias neolamarckianas.

Ideologicamente, enquanto Kehl e alguns de seus associados voltavam-se com admiração para a eugenia nazista, na década de 1930 (sem abdicarem de seu lamarckismo) outros intelectuais brasileiros começavam a 'descobrir' os negros, a estudar suas contribuições para a cultura brasileira e a se afastar de um racismo biológico, aproximando-se de um 'racismo' sociológico, de orientação mais cultural, em que a eugenia ainda encontrava lugar (Levine, 1973-1974). O 'Manifesto dos intelectuais brasileiros contra o racismo', de 1935, assinado, entre outros, por Roquette-Pinto, Artur Ramos e Gilberto Freyre, representou a identificação mais pública das tradições raciais brasileiras com o anti-racismo extraído da leitura dos cientistas britânicos (Ramos, 1935). Ironicamente, a fé no branqueamento, ela própria baseada na premissa racista da superioridade da raça européia, tornou desnecessária uma eugenia extremada no Brasil.

Conclusão

A história da eugenia no Brasil tem interesse analítico e comparativo por várias razões. Primeiro, ela revela como o discurso científico foi um elemento constituinte da moderna história brasileira. Como tema, como

linguagem de análise e como conjunto de políticas sociais, a eugenia não foi um fenômeno exclusivamente anglo-saxão, mas serviu para estruturar debates e ações no Brasil, um país, à época, distante das pesquisas genéticas, mas bem sintonizado com a ciência como símbolo de modernidade.

Segundo, a história da eugenia brasileira mostra que a eugenia não pode ser entendida meramente nos termos de sua variante anglo-saxônica – a evidência é que ela constituiu uma vertente diferente, em termos científicos e ideológicos. O movimento eugênico mundial ajudou a conformar o debate brasileiro, mas a eugenia também foi reconfigurada no Brasil e adaptada à sua topografia intelectual e à sua agenda social, tornando-se importante elemento na reformulação ideológica do significado de raça para o futuro brasileiro.

Terceiro, o caso brasileiro é importante pela luz que lança sobre o relacionamento entre ciência e ideologia social. Os historiadores tendem a associar a crença na hereditariedade de características adquiridas com uma ideologia social de estilo reformista. Os conceitos neolamarckianos permitiram imaginar que, por meio de mudanças no ambiente social – como a eliminação de toxinas –, seria possível realizar alterações hereditárias permanentes. De fato, na década de 1920, os eugenistas lamarckianos no Brasil e na França tenderam a adotar uma variante 'suave', otimista. Pesquisa recente, contudo, revela que o relacionamento entre o lamarckismo e o pensamento social é mais complexo do que parece à primeira vista (Graham, 1977). Há exemplos de ideologia conservadora baseada na genética lamarckiana. O racismo científico norte-americano do final de século XIX, por exemplo, fundou-se nas idéias lamarckianas de hereditariedade (Stocking, 1968). De modo similar, dentro do campo do gênero, os argumentos conservadores de Maudley sobre a natureza e o papel das mulheres na sociedade basearam-se em conceitos lamarckianos (Sayers, 1982).

No caso da eugenia brasileira, a existência de uma eugenia tanto 'suave' como 'dura', dentro da tradição neolamarckiana, e a oposição que se desenvolveu entre os racistas neolamarckianos e os anti-racistas mendelianos (estes baseados em um racismo disfarçado) sugerem que a lógica inerente à ciência não determina seus significados e resultados sociais. Em vez disso, as ideologias científicas e sociais ligam-se de formas cultural e historicamente específicas que precisam ser contextualizadas.

Finalmente, a história da eugenia no Brasil sugere que seria de grande interesse estender o estudo da eugenia a outros países latino-americanos. A América Latina esteve longe de ser monolítica – política, social ou

ideologicamente. Com base nas descobertas brasileiras, é de se esperar que, em cada país, a eugenia tenha sido conformada por circunstâncias sociais, econômicas e raciais locais, tanto quanto pelas científicas.

Nas décadas de 1920 e 1930, por exemplo, o México pós-revolução combinou uma adoção semi-oficial da visão de José Vasconcellos (1925), de uma raça mestiça superior ou 'cósmica' originada pela fusão de povos caucasianos, indígenas e africanos, com uma marginalização real, não oficializada, dos índios e mestiços não aculturados. Na Argentina, país onde houve imigração européia em grande escala no início do século XX e onde a população nativa foi praticamente exterminada, o debate, nas décadas de 1920 e 1930, girou em torno de qual fração da 'raça' européia melhor representaria a nacionalidade argentina. Em Cuba, a eugenia parece ter sido um tanto atípica para a região, devido a sua ligação estreita com a eugenia norte-americana e suas ideologias e políticas públicas mais 'duras'. A conexão entre a eugenia cubana e a influência norte-americana na ilha merece, claramente, ser explorada. Em resumo, a questão da eugenia esteve embutida nos debates específicos de cada país sobre nacionalismo, identidade nacional, classe, raça, bem-estar infantil e imigração.

Ainda que divirjam individualmente entre si, esses movimentos eugênicos latino-americanos parecem ter compartilhado várias características comuns. Para sabermos se eles, coletivamente, representam uma forma de eugenia peculiar da América Latina ou se, ao contrário, manifestam um estilo mais amplo de eugenia latina compartilhado com a França e a Itália, é preciso que se façam novas pesquisas.

Notas

[1] Tradução da versão para o inglês da autora.

Periódicos

Archivos Brasileiros de Hygiene Mental. Periódico da Liga Brasileira de Hygiene Mental. Rio de Janeiro, 1925-1940.

Boletim da Academia Nacional de Medicina. Rio de Janeiro, 1923, 1925.

Boletim de Eugenía. Rio de Janeiro, jul., 1929 - dez., 1931.

O Brazil-Médico, 1929.

Referências Bibliográficas

ALMEIDA, L. de. *Doenças Venéreas e a Puericultura Prénatal*. Tese, Rio de Janeiro: Faculdade de Medicina. Rio de Janeiro: Typ. Coelho, 1925.

ANDRADE FILHO, J. J. de. *Da Genohygia no Brasil*. Tese, Rio de Janeiro: Faculdade de Medicina. Rio de Janeiro: Typ. do Commercio, 1925.

AZEVEDO, F. de. Meninas feias e meninas bonitas: eugenía e plástica. *Annaes de Eugenía*:149-153, 1919a.

AZEVEDO, F. de. O segredo de marathona. *Annaes de Eugenía*:115-135, 1919b.

AZEVEDO, F. de. *Brazilian Culture: an introduction to the study of culture in Brazil*. New York: Macmillan, 1950. [1.ed. 1943]

AZEVEDO, F. de. *Da Educação Física: o que é, o que tem sido e o que deveria ser*. 3.ed. São Paulo: Melhoramentos, 1960. [1.ed. 1920]

BANDEIRA DE MELLO, N. Alcoolismo e hereditariedade. *Archivos Brasileiros de Hygiene Mental*, 12:84-91, 1939-1940.

BOWLER, P. J. *The Eclipse of Darwin: antidarwinism in the decades around 1900*. Baltimore: Johns Hopkins University Press, 1983.

BRASIL. *Annaes da Assembléia Nacional Constituinte*, 1931, 4:490-493, 546-548, 1935.

CARNEIRO, L. Educação e eugenía. In: PRIMEIRO CONGRESSO BRASILEIRO DE EUGENÍA, 1929, Rio de Janeiro. *Actas e Trabalhos*. p.107-116.

CASTIGLIONE, T. A *Eugenía no Direito da Família*. São Paulo: Saraiva e Cia., 1942.

CHAUÍ, M. & FRANCO, M. S. C. *Ideologia e Mobilização Popular*. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1978.

CONGRÈS LATIN D'EUGÉNIQUE. *Rapport*. Paris: Masson, 1938.

CORREA, M. As *Ilusões da Liberdade: a Escola Nina Rodrigues e a antropologia no Brasil*, 1982. Tese de Doutorado, São Paulo: Universidade de São Paulo.

COUTO, M. *A Medicina e a Cultura: edição definitiva das allocuções proferidas na Academia Nacional de Medicina pelo seu presidente de 1913 a 1931*. Rio de Janeiro: Typ. do Jornal do Comércio, 1932.

COUTO, M. *Clínica Médica*. 3.ed. Rio de Janeiro: Flores e Mário, 1935.

CUNHA, E. da. *Rebellion in the Backlands*. Trad. Samuel Putnam. Chicago: University of Chicago Press, 1944. [1.ed. 1902]

CUNHA LOPES, I. Pesquisas genealógicas. *Boletim de Eugenía*, 3:33-54, 1931.

CUNHA LOPES, I. Da esterilização em psichiatria. Rio de Janeiro: separata dos *Archivos Brasileiros de Neuratria e Psichiatria*, 1934.

DARWIN, L. *The Need for Eugenic Reform*. New York: Appleton, 1926.

DECROLY, O. A selecção dos bem-dotados. *Boletim de Eugenía*, 1:49-50, 1929.

DELFINO, V. Por la raza y por la patria. *Annaes de Eugenía*:187-189, 1919.

DELLA CAVA, R. Catholicism and society in Twentieth century Brazil. *Latin American Research Review*, 11:750, 1976.

DOBZHANSKY, T. *The Roving Naturalist: travel letters of Theodosius Dobzhansky*. Philadelphia: American Philosophical Society, Ed. Bentley Glass, 1980.

DOMINGUES, O. A *Hereditariedade em Face da Educação*. São Paulo: Melhoramentos, 1929.

DOMINGUES, O. Os programas de ensino e a genética. *Boletim de Eugenía*, 2(13):50-51, 1930a.

DOMINGUES, O. Saúde, hygiene e eugenía. *Boletim de Eugenía*, 2(18):48-51, 1930b.

DOMINGUES, O. *Hereditariedade e Eugenía: suas bases, theorias, suas applicações práticas*. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 1936.

DOMINGUES, O. *Eugenía: seus propósitos, suas bases, seus meios (em cinco lições)*. São Paulo: Editora Nacional, 1942.

DREYFUS, A. O estado actual do problema da hereditariedade. PRIMEIRO CONGRESSO BRASILEIRO DE EUGENÍA, 1929, Rio de Janeiro. *Actas e Trabalhos*. p.87-97.

DREYFUS, A. Curso de genética, com aplicação à orquidologia. *Boletim do Círculo Paulista de Orquidófilos*, 2:51-59, 69-78, 89-102,109-117,125-132,141-146,157-164, 1945.

FARANI, A. Como evitar as proles degeneradas. *Archivos Brasileiros de Hygiene Mental*, 4:169-179, 1931.

FAUSTO, B. A crise dos anos vinte e a Revolução de 1930. In: FAUSTO, B. (Dir.) *História Geral da Civilização Brasileira*. Tomo III: O Brasil Republicano, 2: Sociedade e Instituições (1889-1930). São Paulo: Difel, 1978.

FAUSTO, B. Controle social e criminalidade em São Paulo: um apanhado geral (1890--1924). In: FAUSTO, B. (Ed.) *Crime, Violência e Poder*. São Paulo: Brasiliense, 1983. p.193-210.

FLYNN, P. *Brazil: 4 political analysis*. Boulder, Colo.: Westview Press, 1979.

FREIRE COSTA, J. *História da Psiquiatria no Brasil: um corte ideológico*. Rio de Janeiro: Documentário, 1976.

FREYRE, G. *Casa-grande & Senzala*. 2.ed. São Paulo: Imprensa Paulista, 1933-1934.

FREYRE, G. *The Masters and the Slaves*: *a study in the development of Brazilian civilization*. 2.ed. New York: Knopf, 1963.

FRIAS, J. A. *El Matrimonio, sus Impedimentos y Nulidades: derecho comparado*. Córdoba: El Ateneo, 1941.

FRÓES DA FONSECA, A. Os grandes problemas de anthropologia. PRIMEIRO CONGRESSO BRASILEIRO DE EUGENÍA, 1929, Rio de Janeiro. *Actas e Trabalhos*. p.63-86.

GRAHAM, L. R. Science and values: the eugenics movement in Germany and Russia in the 1920s. *American Historical Review*, 82:1/13-31/164, 1977.

HAHNER, J. E. Feminist, women's rights, and the suffrage movement in Brazil. *Hispanic American Historical Review*, 15:65-111, 1980.

JIMENEZ DE ASÚA, L. *Libertad de Amar y Derecho de Morir: ensayos de un criminalísta sobre eugenesia e eutanasia*. Buenos Aires: Losado, 1942.

JENNINGS, H.S. *Prometheus, or Biology and the Advancement of Man*. New York, E. P. Dutton, 1925.

KEHL, R. F. Conferencia de propaganda eugênica. *Annaes* de *Eugenía*:67-79, 1919a.

KEHL, R. F. Darwinismo social e eugenía. *Annaes de Eugenía*:177-183, 1919b.

KEHL, R. F. Que é eugenia? In: SOCIEDADE EUGÊNICA DE SÃO PAULO. *Annaes de Eugenía*. São Paulo: Revista do Brasil, 1919c. p.219-223.

KEHL, R. F. *A Cura da Fealdade: eugenía e medicina social*. São Paulo: Monteiro Lobato, 1923a.

KEHL, R. F. *Eugenía e Medicina Social: problemas da vida*. 2.ed. Rio de Janeiro: Livraria Francisco Alves, 1923b.

KEHL, R. F. *Como Escolher uma Boa Esposa: ensaios de eugenia*. Rio de Janeiro: Livraria Francisco Alves, 1925.

KEHL, R. F. Limitação da natalidade. *Boletim de Eugenía*, 1(12):89-90, 1929a.

KEHL, R. F. Questões de raça. *Boletim de Eugenía*, 1(6,7):51-52, 1929b.

KEHL, R. F. Aos nossos leitores: inquérito sobre a educação sexual da infância e da mocidade. *Boletim de Eugenía*, 2(19):52,1930a.

KEHL, R. F. Inquérito sobre educação sexual. *Boletim de Eugenía*, 2(24):45-47, 1930b.

KEHL, R. F. Qual o mechanismo da hereditariedade normal e mórbida? *Boletim de Eugenía*, 2(16):50-51, 1930c.

KEHL, R. F. Campanha da eugenia no Brasil: um interessante inquérito. *Boletim de Eugenía*, 3(28):32, 1931a.

KEHL, R. F. Casamentos e natalidade nas classes média e inferior. *Boletim de Eugenía*, 3(35):165, 1931b.

KEHL, R. F. Eugenics in Brazil. *Boletim de Eugenía*, 3(28):36, 1931c.

KEHL, R. F. The first eugenics movement in Brazil. *Boletim de Eugenía*, 3(28):35, 36, 1931d.

KEHL, R. F. Aparas eugênicas: sexo e civilização (novas diretrizes). Rio de Janeiro: Francisco Alves, 1933.

KEHL, R. F. *Lições de Eugenía*. Refundida e aumentada. 2.ed. Rio de Janeiro: Editor Brasil, 1935. [1.ed. 1929]

KEHL, R. F. Eugenics in Brazil. *Eugenics Review*, 27:231-232, 1936.

KEHL, R. F. *Por que Sou Eugenista: 20 anos de campanha eugênica, 1917-1937*. Rio de Janeiro: Francisco Alves, 1937.

KEVLES, D. J. *In the Name* of *Eugenics: genetics and the uses of human heredity.* New York: Knopf, 1985.

LACERDA, J. B. de. The *Métis*, or half-breeds, of Brazil. INTER-RACIAL PROBLEMS COMMUNICATED TO THE FIRST UNIVERSAL RACES CONFERENCE HELD AT THE UNIVERSITY OF LONDON, july 26-29, 1911. London: Ed. G. Spiller, 1911. p.377-382.

LAMOUNIER, B. Raízes do Brasil. *Revista Senhor Vogue*:141-145, abr. 1978.

LEVINE, R. E. *The Vargas Regime: the critical years, 19341938.* New York: Columbia University Press, 1970.

LEVINE, R. E. The First AfroBrazilian Congress: opportunities for the study of races in the Brazilian Northeast. *Race*, 15:185-193, 1973-1974.

LOVE, J. *São Paulo in the Brazilian Federation (18891937)*. Stanford, California: Stanford University Press, 1980.

LOWENSTEIN, K. *Brazil under Vargas*. New York: Macmillan, 1942.

LUNDBORG, H. Biologia racial: perspectivas e pontos de vistas eugênicos. *Boletim de Eugenía*, 2:14, 1930.

LUNDBORG, H. Cruzamento de raças. *Boletim de Eugenía*, 3(34):125-127, 1931.

McKENZIE, D. Eugenics in Britain. *Social Studies of Science*, 6:499-532, 1976.

MacLEAN E ESTENOS, R. *La eugenesia en America*. México: Universidad Nacional, 1952.

MAGALHÃES, F. Os inimigos da raça: moléstias evitáveis e intoxicações euphorísticas. *Medicamenta*, 4:13-15, 1925.

MARCHAUD, H.-J. *L'Évolution de l'Idée Eugénique*. Bordeaux: Imprimérie-Librairie de l'Université, 1933.

MARTINS, W. *História da Inteligência Brasileira*. Rio de Janeiro: Editora Unesp, 1978. 6 v. [1.ed. 1915~1933].

MEDEIROS, A. de. O exame pré-nupcial. *Archivos do Instituto Médico-Legal*, 2:71-86, 1931. [1.ed. 1927]

MEDEIROS, M. A. de A. Casa-grande e senzala: uma interpretação. *Dados*, 23:215-236, 1980.

MEIRA, J. F. *Neo-lamarckismo*. Tese, Rio de Janeiro: Faculdade de Medicina. Rio de Janeiro: Typ. Carvalhoes, 1907.

MEIRA, R. Fatores de degeneração de nossa raça: meios de combatê-los. *Annaes de Eugenía*:49-64, 1919.

MITCHELL, M. Race, legitimacy and the state in Brazil. REUNIÃO DA ASSOCIAÇÃO DE ESTUDOS LATINO-AMERICANOS, 29 set.-1 out., 1983, Cidade do México.

MJÖEN, J. A. Cruzamento da raça. *Boletim de Eugenía*, 3(32):49-54, 1931.

MONTELEONE, P. Os *Cinco Problemas da Eugenia Brasileira*, 1929. Tese, Rio de Janeiro: Faculdade de Medicina.

MOREIRA, S. L. *A Liga Nacionalista de São Paulo: ideologia e atuação*, 1982. Dissertação de Mestrado, São Paulo: Universidade de São Paulo.

MOURA, O. de. Saneamento - Eugenía - Civilização. *Annaes de Eugenía*:83-90, 1919.

NAVARRO, M. *Miguel Couto Vivo*. Rio de Janeiro: A Noite, 1950.

NEIVA, A. & PENNA, B. Viagem científica pelo norte da Bahia, sudoeste de Pernambuco, sul de Piauí, e norte a sul de Goiás. *Memórias do Instituto Oswaldo Cruz*, 8:74-224, 1916.

NINA RODRIGUES, R. *As Raças Humanas e a Responsabilidade Penal no Brasil*. 3.ed. Ed. Afrânio Peixoto. Rio de Janeiro: Editora Nacional, 1938. [1.ed. 1894]

NISOT, N. T. *La Question Eugénique dans Divers Pays*. Bruxelas: Librairie Faile, 1927.

NYE, R. A. *Crime, Madness and Politics in Modern France: the medical concept of national decline.* Princeton, N.J.: Princeton University Press, 1984.

PACHECO E SILVA, A. C. lmmigração e hygiene mental. *Archivos Brasileiros de Hygiene Mental*, 1:27-35, 1925.

PAES DE ANDRADE, G. de S. *O Japonez à luz da Biologia: considerações anthropologicas e ensaios eugénicos*, 1925. Tese, Rio de Janeiro: Faculdade de Medicina.

PAN AMERICAN CONFERENCE ON EUGENICS AND HOMICULTURE OF THE AMERICAN REPUBLICS, I. *Actas de La Primera Conferencia Panamericana de Eugenesia y Homicultura de las Repúblicas Americanas*. Havana: República de Cuba, 1927.

PAN AMERICAN CONFERENCE ON EUGENICS AND HOMICULTURE OF THE AMERICAS, II. *Actas de Ia Segunda Conferencia Panamericana de Eugenesia y Homicultura de Ias Repúblicas Americanas*. Buenos Aires: Fiascoli y Bindi, 1934.

PAZ SOLDAN, C. E. *Un Programa Nacional de Política Sanitaria*. Lima: Estado Nunez, 1916.

PEIXOTO, A. *Minha Terra, Minha Gente*. São Paulo: Francisco Alves, 1916.

PEIXOTO, A. *Hygiene*. Rio de Janeiro: Francisco Alves, 1917.

PEIXOTO, A. *Criminologia*. São Paulo: Editora Nacional, 1936. [1.ed. 1933]

PEIXOTO, A. *Eunice ou a Educação da Mulher*. Rio de Janeiro: W. J. Jackson, 1944.

PENNA, B. Saneamento do Brasil. Rio de Janeiro: *Revista dos Tribunaes*, 1918.

PENNA, B. Exército e saneamento. Rio de Janeiro: *Revista dos Tribunaes*, 1920.

PENNA, B. Eugenía e eugenismo. *Boletim de Eugenía*, 1929.

PEREIRA CUNHA, M. C. *O Espelho do Mundo: Juquery, a história de um asilo*. São Paulo: Paz e Terra, 1986.

PORTO-CARREIRO, J. O exame pré-nupcial corno factor eugénico. *Archivos Brasileiros de Hygiene Mental*, 6:87-94, 1933.

PRIMEIRO CONGRESSO BRASILEIRO DE EUGENÍA, 1929, Rio de Janeiro. *Actas e Trabalhos*.

PRISCO, F. Alcohoolismo. *O Brazil-Medico*, 43:801-805, 1929.

PUTNAM, S. Vargas dictatorship in Brazil. *Science and Society*, 5:97-116, 1941.

PUTNAM, S. Brazilian culture under Vargas. *Science and Society*, 6:34-57, 1942.

RAMOS, A. *Guerra e Relação de Raça*. Departamento União Nacional dos Estudos, 1935.

RIBEIRO, L. Os problemas médico-legais em face de reforma da polícia. *Archivos do Instituto Médico-Legal e Gabinete de ldentificação*, 1:11-26, 1931.

RIBEIRO, L. Jubileu do Professor Afrânio Peixoto, 1906-1936: homenagem dos 'Archivos'. *Archivos de Medicina Legal*, 7:293-303, 1937.

RIBEIRO, L. *O Novo Código Penal e a Medicina Legal*. Rio de Janeiro: Jacintho Editora, 1942.

RIBEIRO, L. *Afrânio Peixoto*. Rio de Janeiro: Edições Conde, 1950.

ROQUETTE-PINTO, E. *Seixos Rolados: estudos brasileiros*. Rio de Janeiro, 1927.

ROQUETTE-PINTO, E. *Ensaios de Antropologia Brasiliana*. Rio de Janeiro: Editora Nacional, 1978. [1.ed. 1933]

ROTHMAN, D. J. *Conscience and Convenience: the asylum and its alternatives in progressive America*. Boston: Little Brown, 1980.

ROXO, H. Problemas de hygiene mental. *Archivos Brasileiros de Hygiene Mental*, 12:49-51, 1939-1940.

SAYERS, J. *Biological Politics*. Londres: Tavistock Publications, 1982.

SCHNEIDER, W. Toward the improvement of the human race: the history of eugenics in France. *Journal of Modern History*, 54:268-291, 1982.

SEARLE, G. R. Eugenics and class. In: WEBSTER, C. (Ed.) *Biology, Medicine and Society, 1840-1940*. Londres: Cambridge University Press, 1981. p.217-242.

SILVA, L. L. Cruzamento do branco com o preto. *Boletim de Eugenia*, 3(30):35-36, 1931.

SKIDMORE, T. F. *Black into White: race and nationality in Brazilian thought*. New York: Oxford University Press, 1974.

SOCIEDADE EUGÊNICA DE SÃO PAULO. *Annaes de Eugenía*. São Paulo: Revista do Brasil, 1919.

STEIN, S. J. Freyre's Brazil revisited: a review of New World in the tropics. The culture of modern Brazil. *Hispanic American Historical Review*, 41:111-113, 1961.

STEPAN, N. L. *Beginnings of Brazilian Science: Oswaldo Cruz, medical research and policy. 1880-1920*. New York: Science History Publications, 1976.

STEPAN, N. L. *The Idea of Race in Science: Great Britain, 1800-1960*. Londres: Macmillan, 1982.

STEPAN, N. L. Biological degeneration: races and proper places. In: CHAMBERLIN, J. E. & GILMAN, S. L. (Eds.) *Degeneration: the dark side of progress*. New York: Columbia University Press, 1985. p.97-120.

STOCKING, G. W. Jr. *Race, Culture, and Evolution: essays in the history of anthropology*. Londres: CollierMacmillan, 1968.

TEIXEIRA MENDES, C. *Melhoramento de Variedades Agrícolas*. Piracicaba: Typ. da Livraria Americana, 1917.

TEPEDINO, A. *Eugenía (esboço)*, 1914. Tese, Rio de Janeiro: Faculdade de Medicina.

TODARO, M. Integralism and the Brazilian catholic church. *Hispanic American Historical Review* , 54:431-452, 1974.

TRINDADE, H. H. Plínio Salgado e a revolução de 30: antecedentes. *Revista Brasileira de Estudos Políticos*, 39:956, 1974.

TRINDADE, H. H. A ação integralista brasileira: aspectos históricos e ideológicos. *Dados*, 10:25-60, 1975.

TROUNSON, Q. E. The literature reviewed. *Eugenics Review*, 13:236, 1931.

VASCONCELLOS, J. *La Raza Cósmica*. México, Espasa-Cape, 1925.

VIANA, L. *Em torno do Mendelismo*, 1918. Tese de medicina, Niterói.

VIANNA, O. *Populações Meridionais do Brasil*. São Paulo: Monteiro Lobato & Co., 1920.

VIOTTI DA COSTA, E. *Da Monarquia à República: momentos decisivos*. São Paulo: Grijalbo, 1970.

NO HABRÁ MAS TUBERCULOSOS
SI APOYA A PUEYO EN SU LUCHA

Miles de Enfermos Piden al Congreso que Sea Aplicada la Vacuna Pueyo

QUEREMOS
Justicia, Humanidad señor

No remediaréis la situación de ningún enfermo comprando estampilla ni haciendo colecta contra la tuberculosis. Apoye la Vacuna de Jesús Pueyo, que la regala y con ello habrá hecho una obra grande.

Agradecen los enfermos.

¡EXPULSAN DE LOS HOSPITALES A LOS ENFERMOS QUE PIDEN LA VACUNA PUEYO!

El Peligro de un Contagio en Elevada Escala se Crea Arrojándolos a la Calle en Grave Estado

AHORA — Periódico Ilustrado, Venezuela 671

Señor Director:
Solicito de usted quiera incluirme en el registro de enfermos que voluntariamente desean ser sometidos al tratamiento en base a la vacuna del bacteriólogo señor Jesús Pueyo, a cuyo fin dejo expresadas las informaciones indispensables:

Nombre y apellido ....
Domicilio .... Localidad ....
¿Quién lo trata? (Si está internado, indicar dónde) ....
....
Firma ....

Notícias, fotografias, petições e manifestações pela vacina Pueyo veiculadas pela Revista Ahora, 1941-1942. Acervo da Biblioteca Nacional, Buenos Aires.

'Queremos a vacina Pueyo!!!' Incertezas biomédicas, enfermos que protestam e a imprensa – Argentina, 1920-1940

Diego Armus

A história tradicional da medicina tem sido uma história de mudanças nos tratamentos e biografias de médicos famosos. Afora suas contribuições específicas, pouco e mal dialoga com a história social e cultural, e parece empenhada, antes de mais nada, em reconstruir o 'inevitável progresso' gerado pela medicina diplomada, em unificar o passado de uma profissão cada vez mais especializada e em ressaltar determinada ética e filosofia moral que se pretende distintiva e emblemática da prática médica ao longo dos anos.

A crítica a essa história da medicina centrada nos médicos começou a ganhar corpo no início da década de 1960. Em muitas historiografias, inclusive as latino-americanas, esse empenho alimentou três formas de ver as relações entre a história e a enfermidade: a assim chamada nova história da medicina, a história da saúde pública e a história sociocultural da doença. Entre elas há muitas superposições, mas algumas ênfases distintivas podem, certamente, ser identificadas.

A nova história da medicina tende a destacar o desenvolvimento incerto do conhecimento médico. Discute não apenas o contexto social, cultural e político no qual alguns médicos, instituições e tratamentos 'triunfaram', ganhando um lugar na história, como também outros que se perderam, relegados ao esquecimento. É uma narrativa que se esforça por tensionar a história natural da enfermidade e algumas dimensões de seu impacto social. A história da saúde pública, por seu lado, destaca a dimensão política, volta seu olhar para o poder, para o Estado, para a profissão médica. É, em grande medida, uma história atenta às relações entre instituições de saúde e estruturas econômicas, sociais e políticas. É, também, uma história que se crê útil e instrumental por mergulhar no passado em busca de lições para o presente e o futuro. Entende que a questão da saúde não é um processo aberto, e que o passado deve ser pesquisado com o objetivo de facilitar intervenções que, supõe, possam incidir na realidade contemporânea, não de modo específico, mas geral, tentando assim reduzir as inevitáveis incertezas que marcam a tomada de decisões em matéria de saúde pública.

Já a história sociocultural da doença é o resultado do trabalho de historiadores, demógrafos, sociólogos, antropólogos e críticos culturais que, com base em suas próprias disciplinas, descobriram a riqueza, a complexidade e as possibilidades de enfermidade e saúde, não apenas como problema, mas também como desculpa ou recurso para discutir outros tópicos.

Assim, a história sociocultural apenas dialoga com a história das ciências biomédicas, concentrando-se nas dimensões sociodemográficas de determinada enfermidade, nos processos de profissionalização e medicalização, nas condições de vida, nos instrumentos e instituições do controle médico e social, no papel do Estado na construção da infra-estrutura sanitária, nas condições de trabalho e em seus efeitos sobre a mortalidade, e na representação da doença. Em alguns casos, essas narrativas estão fortemente marcadas pelo empirismo e não passam de uma coleta de dados relevantes para a história das enfermidades em questão. Em outros, parecem querer demonstrar, sem maiores esforços de problematização, que as condições de existência dos setores populares sempre foram marcadas pelo infortúnio, ou que todas as iniciativas em matéria de saúde pública representam um esforço para aumentar a produtividade ou garantir a reprodução da força de trabalho, ou ainda que as reformas sanitárias foram impulsionadas ou por elites preocupadas com sua própria segurança, ou por uma burocracia profissional arbitrária e inescrupulosa instalada nas instituições estatais ou, de modo mais geral e bastante simplista, que o capitalismo dependente necessitava dessas reformas.

Na história sociocultural da doença, as interpretações foucaultianas da medicalização e do disciplinamento foram, e continuam sendo, referências inspiradoras para trabalhos que encontraram na medicina um arsenal de recursos normalizadores constitutivos da modernidade. Além de assinalar muitas das limitações da história tradicional, esse enfoque revisionista reforçou o lugar central dos médicos na história da enfermidade e da saúde. Paradoxalmente, os argumentos e as ênfases com que articulou sua crítica radical ao modelo médico parecem confirmar que a história da enfermidade e da saúde é uma história de médicos. Nela o enfermo é uma criação do olhar profissional, sujeito que existe apenas como parte do sistema médico e, mais importante, um sujeito fundamentalmente passivo, já que o processo de medicalização lhe negou qualquer possibilidade de protagonismo.[1]

A tuberculose permite pôr à prova algumas das afirmações dessa história sociocultural da enfermidade obcecada com o poder médico. Como em tantos lugares, também na Argentina moderna essa doença foi um dado que não se pôde ocultar, não apenas por suas fatais conseqüências, como por sua relevância na gestação das políticas públicas em matéria de saúde, por sua relação com os processos de urbanização e industrialização,

e por seu impacto sociocultural. Entre 1870 e 1950 foi uma espécie de enfermidade maldita diante da qual uma infinidade de terapias revelou-se impotente. Mais recentemente, na década de 1950, com a generalização do uso de antibióticos, o ciclo da tuberculose começou a encerrar-se – pelo menos na forma como foi entendido e vivido antes de seu ressurgimento ao final do século XX.

Poucas histórias pessoais entre essas décadas deixam de registrar algum contato com tuberculosos. Muitas vezes escondida, a tuberculose foi, no entanto, onipresente, especialmente entre os trabalhadores, mas sem poupar os setores de classe média e mesmo os afluentes. Pobre ou em boa situação, restava ao tuberculoso aceitar com resignação sua condição ou lutar pela cura. Quando não se entregava ao fatalismo, começava a percorrer um itinerário terapêutico que sempre tinha como ponto de partida a medicina doméstica, mas que podia continuar na automedicação, na consulta a farmacêuticos, nos tratamentos oferecidos pela medicina diplomada – do sanatório e do hospital aos postos de atendimento dos bairros –, ou na visita ao curandeiro, ao herbanário ou ao charlatão. O percurso não estava preestabelecido. Cada tuberculoso seguia a seu modo, e em cada instância vivia experiências muito diversas. À medida que avançava o século XX, no entanto, as ofertas dos médicos tenderam a predominar, apesar de a infra-estrutura de atendimento nunca ter estado à altura da demanda sempre crescente. Nas instituições dirigidas pela medicina diplomada, o tuberculoso tornava-se paciente e como tal começava a circular em uma zona onde o médico pretendia tudo controlar. Lá se foi prefigurando, assim, uma relação desigual onde a posição do tuberculoso era inquestionavelmente subordinada.

Dessa relação desigual restam evidências tanto em 1880 como em 1950. Até o final dos anos 1920, por exemplo, em *Lo que Todo Tuberculoso Debe Saber*, livro que pretendia chegar ao grande público, escrito por um professor universitário, definiam-se sem rodeios os papéis do médico e do paciente em busca de cura:

> Cada fato deve ser analisado do ponto de vista da fisiologia e o enfermo deve comunicar a seu médico, que é seu 'mentor' e seu guia, tudo que lhe seja dado observar. O enfermo não deve lançar-se no caminho das interpretações. Deve depositar toda a confiança em seu médico, que, assim, torna-se seu verdadeiro guia nesta viagem cujas boas rotas o 'peregrino da saúde' não conhece bem e em que ignora por completo as

> verdadeiras e precisas interpretações do que vê, do que sente e do que presume. (...) Para alcançar a saúde, é mister que o enfermo contribua com todas as suas forças para a organização do plano de luta, submetendo-se incondicionalmente às ordens do que comanda, cuja simples sugestão deve às vezes obrigar. Assim, o 'guia' é também um 'ditador'. Mas um ditador generoso e bom, que nada busca para si senão alcançar o triunfo pela cura de seu enfermo. (Vitón, 1928:83-87)

Essa clara divisão de papéis tinha de lidar, no entanto, com a ineficácia das diversas terapias antituberculosas oferecidas pela medicina. Uma novela escrita e ambientada na década de 1930 revela essa longa história de fracassos: em um consultório, tão logo o médico recomenda um tratamento, um enfermo responde com um cético "quem demonstrará a inexatidão do que me está oferecendo?"(Murat, 1943:57). Alguns médicos não só tinham em conta essas incertezas, como também advertiam sobre seus efeitos socioculturais. Na década de 1940, por exemplo, o tisiólogo Antonio Cetrángolo falava do "engano do tuberculoso", estimando que "a cada cinco anos produz-se o fenômeno da maré, vale dizer, a irrupção, por meio da imprensa, de um novo medicamento que por algum tempo agitará o ambiente" (Cetrángolo, 1945:194).

Foi nesse contexto que todos os tratamentos da tuberculose – tônicos, repouso, vacinas, cirurgia – teciam uma trama onde se tensionavam o desejo natural dos médicos de oferecer soluções a seus pacientes, os diferentes modos em que essas terapias ganhavam a cena pública e a sempre latente esperança do enfermo. Também nesse contexto, os pacientes trataram de eleger curas, resistir às que não lhes inspiravam confiança, rechaçar as que atentavam contra o que acreditavam ser suas liberdades individuais, ou reivindicar seu direito de experimentar tratamentos que não haviam obtido a aprovação dos médicos ou das autoridades sanitárias.

Nessas notas revisa-se a suposta passividade dos enfermos na forma como foi assumida em algumas das renovadas narrativas sobre enfermidade, saúde e medicina. Discutem-se três tipos de protestos coletivos em que se podem ver tuberculosos, mesmo em posição de marcante subordinação, enfrentando o saber profissional e as incertezas biomédicas.

Doentes que Protestam

Apesar de suas opções e seu protagonismo limitados, os pacientes tuberculosos foram capazes de negociar, confrontar e oferecer sutis

resistências. Na maioria das vezes individuais, essas ações consistiam em abandonar o tratamento, utilizar todo tipo de artimanha para acelerar ou atrasar o período de internação, ou escrever cartas com petições as mais diversas.[2]

Em algumas ocasiões esses protestos foram também coletivos. No mundo do trabalho, as reclamações relacionadas com a tuberculose foram esporádicas. Apenas os operários de padarias levaram à frente iniciativas – greves inclusive – em que a tuberculose aparecia entre as exigências referentes às condições higiênicas do trabalho, à extensão da jornada e ao trabalho noturno (*El Obrero Panadero*, 1894, 1897, 1900, 1911, 1913, 1921, 1926, 1928, 1936). De modo geral, porém, as organizações sindicais – tanto aquelas lideradas por grupos anarquistas, anarcossindicalistas, socialistas ou comunistas, como as dos círculos de operários católicos – falaram da tuberculose sem lançar ações específicas, em parte pela dificuldade que encontravam em estabelecer uma associação explícita entre a doença e as condições de trabalho. Houve, isto sim, ações individuais na Justiça que procuraram enquadrar a tuberculose como uma doença do ambiente de trabalho. Raras no início do século, mais comuns nas décadas de 1930 e 1940 e freqüentemente apoiadas por médicos e advogados, algumas dessas ações tiveram grande importância no longo esforço por qualificar a tuberculose como enfermidade profissional que, como tal, devia ser incluída na legislação de acidentes de trabalho (Archivos Argentinos de Tisiologia, 1947; *La Prensa Medica Argentina*, 1938, 1941).

Nos hospitais e sanatórios, os tuberculosos internados fizeram protestos coletivos. Ao contrário dos operários doentes, que continuavam trabalhando e escondiam sua enfermidade por temerem a demissão, os pacientes internados nada tinham a perder. Sua disposição para a ação coletiva levou um tisiólogo a falar de um "espírito de bando" que animaria os tuberculosos (Cetrángolo, 1945:188). Capazes de negociar e confrontar os médicos e administradores, organizavam suas reivindicações sem que jamais faltasse uma comissão de doentes para coordená-los. Começavam com pedidos ao médico encarregado do respectivo pavilhão e, quando não obtinham os resultados esperados, encaminhavam a reclamação ao diretor do hospital. Eram petições verbais, algumas vezes reforçadas com demonstrações públicas ou *lobby* nos gabinetes de ministros e parlamentares (*La Vanguardia*, 20 out., 1923; *Crítica*, 2 jul., 1941, 28 out., 1940, 29 nov., 1940; *Ahora*, 27 mai., 1941).

Os conflitos nos hospitais não passaram despercebidos na imprensa. As possibilidades jornalísticas dessas histórias eram óbvias, e cada diário ou revista trabalhou o tom dos temas do modo que mais se ajustava a sua agenda informativa. O jornal socialista *La Vanguardia* foi um dos órgãos que mais cobriram esses conflitos, numa indicação não só de sua comiseração, como de apoio entusiástico aos enfermos no que entendia serem reivindicações firmemente ancoradas em uma agenda de mudança e reformas sociais profundas que, supunha-se, visava a ampliar a cidadania social e a reafirmar certos direitos individuais. Essa cobertura jornalística, não se pode esquecer, era resultado também da metódica divulgação das informações por parte dos próprios enfermos, por meio de comunicados das comissões coordenadoras dos doentes, de cartas escritas, ou por algum paciente de forma particular, ou como manifestação conjunta de um grupo de enfermos. Em qualquer caso, as conseqüências eram similares e a reivindicação ganhava espaço na cena pública.

Nos protestos coletivos, os motivos eram, em grande parte, os mesmos das reclamações individuais. Os mais comuns centravam-se na questão da comida, da ordem nas instituições de atendimento e no direito de acesso a determinados tratamentos.

A questão da comida

As reclamações a respeito da comida foram recorrentes no Hospital Sanatorio Santa María, nas Serras de Córdoba – o ponto serrano mais freqüentado pelos tuberculosos em cura de repouso – e nos hospitais Tornú e Muñiz, na cidade de Buenos Aires. No início da década de 1920, por exemplo, uma carta assinada por centenas de doentes do Hospital Sanatorio Santa María e dirigida ao ministro de Relaciones Exteriores y Culto – sob cuja jurisdição administrativa ficavam o sanatório e os asilos e hospitais regionais – denunciava que

> a ciência médica indica que a recuperação da saúde dos tuberculosos e sua posterior reintegração como seres úteis para a sociedade dependem de um regime de alimentação sadia e abundante. Neste sanatório, o único do país, no entanto, o regime alimentício deixa muito a desejar por ser mau, escasso e indigesto. (La Vanguardia, 16 fev., 1920)

Era comum que os internos recebessem remessas de seus familiares para "não passar fome" ou, no caso dos que dispunham de recursos,

comprar alimentos de fornecedores externos ao sanatório (*La Vanguardia*, 13 mar., 1912, 29 dez., 1919). Nos termos que escolheram para descrever um menu típico, mais aludiam ao pateticismo de um asilo que aos supostos benefícios de uma casa de recuperação: "para o almoço, sopa quente e pão duro; farinha cozida em água sem sal, cheia de terra e de gorgulhos; carne requentada. Para a ceia, sopa de água quente com pedaços de repolho cru, favas mal cozidas e duras, carne dura, mal guisada, e de burro" (*La Vanguardia*, 4 jan., 1920). A indignação dos pacientes crescia quando constatavam que os "médicos e monjas levam o que há de melhor na despensa" (*La Vanguardia*, 16 jan., 1920).

Diante dessa dieta, alguns tuberculosos começaram a recusar a comida, ou deixando simplesmente de comer, ou comendo o mínimo possível. Os riscos eram conhecidos, e os mais conseqüentes acabavam perigosamente próximos da subnutrição. Por serem extremas, mas também por tornarem evidente o absurdo de uma greve de fome em uma instituição destinada a curar pelo descanso e a boa alimentação, estas táticas conseguiram que, em 1922, os enfermos participassem da fiscalização diária da qualidade da comida. Anos mais tarde, um relatório escrito por um especialista que pretendia incorporar as lições da 'nova ciência da nutrição' indicava que o problema, na realidade, não era a falta de recursos, mas a necessidade de oferecer uma dieta personalizada que levasse em conta o sexo, o peso e a altura de cada enfermo. Seguir tais recomendações era quase impossível. Em primeiro lugar, porque dietas personalizadas em uma cozinha que preparava mais de mil refeições em cada turno exigiriam uma organização e uma logística muito sofisticadas. A esses inconvenientes, porém, somavam-se outros.

Como o total de enfermos era pouco mais que 600, ficava evidente que a cozinha preparava mais refeições que o necessário e dava de comer a um numeroso pessoal auxiliar, além de assumir o costume que permitia aos empregados levar comida para seus familiares. Assim, naqueles anos, duas cenas foram habituais: de um lado empregados que ao fim de suas jornadas de trabalho deixavam o sanatório levando suas 'sacolinhas de comida'; de outro o hábito dos enfermos de escolher, 'pinçar' da série de pratos oferecidos no menu. Essa a razão pela qual o *La Vanguardia* informou, entre crítico e irônico, que enquanto "este enfermo não toma a sopa esperando o cozido, aquele não come o guisado, reservando-se para o bife à milanesa" (*La Vanguardia*, 9 mar., 1924). Ambas as cenas revelam que

não havia escassez de recursos, pelo contrário. Eram tempos em que a falta de um orçamento – problema que vinha se arrastando desde a década de 1910 – levava ao uso ineficiente dos fundos disponíveis. Pelo final de década de 1920, a direção do hospital fez um esforço de racionalização dos gastos, política que reavivou as reclamações dos enfermos contra o que percebiam como um novo período de escassez (*La Semana Médica*, 3 nov., 1932).

A questão da alimentação foi matéria de debate também entre os médicos. Alguns insistiam em afirmar que a comida era excelente, e explicavam as reclamações dos doentes como parte de conspirações políticas. Outros denunciavam o fato de que, para os que não eram milionários, a rubrica 'alimentação', da célebre e clássica tríade da cura em sanatório, não passava de uma solene mistificação. Antonio Cetrángolo (1945), médico encarregado de um dos pavilhões do Hospital Sanatorio Santa María no início da década de 1920, reconhecia que em certas ocasiões a comida fora ruim e provavelmente teria provocado cólicas intestinais em centenas de enfermos. Outras vezes, o próprio processo de ingestão dos alimentos produzia moléstias e dores nos pacientes que padeciam de tuberculose nos intestinos. Cetrángolo, no entanto, estava convencido de que, além dessas situações específicas, a 'questão da comida' confundia-se inevitavelmente com outros problemas. Entendia que a alimentação oferecida no sanatório era bastante similar à que os trabalhadores – grupo do qual provinha a maioria dos enfermos – tinham acesso em sua vida cotidiana fora da instituição. Essa apreciação, sem dúvida questionável, era reforçada com a afirmação de que essas mesmas reclamações verificavam-se nos sanatório privados, inclusive nos mais caros, onde os pacientes eram atendidos com esmero e dedicação (*La Vanguardia*, 13 jan., 1920, 8 jan., 1920, 23 out., 1922; Súnico, 1922; *La Semana Médica*, 3 nov., 1932). O problema parecia relacionar-se com a experiência da internação em si. A rotina de ócio transformava o tema da comida em um canalizador dos dramas pessoais, da sensação de solidão aos embates cotidianos com o pessoal do sanatório. Nesse contexto, qualquer motivo podia fazer disparar uma reclamação que, em última instância, resultava da angustiante espera da recuperação ou da morte.

Em algumas ocasiões, os problemas da alimentação se entrelaçavam com questões de gerência interna do hospital e de política provincial. Em maio de 1922, por exemplo, uma greve de enfermos obteve não apenas

uma melhora da comida, como também que os tuberculosos curados fossem os primeiros considerados para postos vagos de enfermagem e atendimento, levando à prática da assim chamada 'cura de trabalho', que pretendia facilitar uma progressiva reinserção no mundo laboral. O diretor do Hospital Sanatorio Santa María viu no triunfo dos pacientes uma oportunidade para consolidar seu poder no hospital e na região. Decidiu, então, substituir enfermeiros ativos na organização sindical por enfermos em processo de recuperação. As conseqüências foram as esperadas: o diretor ganhou mais apoio entre os doentes, irritou ainda mais seus opositores, e alguns serviços de atendimento que exigiam certa capacitação e experiência se deterioraram. Alguns meses depois, em outubro, os empregados dos hospitais e asilos nacionais entraram em greve. No sanatório, o conflito resultou no afastamento de 130 trabalhadores. Seu diretor explicou a medida invocando inevitáveis cortes de recursos, apesar de sua política de contratação de pessoal ter levado alguns jornais e revistas a comentar, não sem ironia, que "dentro em pouco haverá mais empregados que enfermos no sanatório" (*La Vanguardia*, 6 abr., 1920, 12 fev., 1922; *La Semana Médica*, 3 nov., 1932). O sindicato respondeu argumentando que as suspensões deveriam respeitar o tempo de serviço dos empregados. Em apenas duas semanas o conflito passou, claramente, ao plano político. O que contava, no fundo, era a maciça incorporação de novos empregados que o diretor viera realizando no último período. Não eram escolhas ao acaso, mas parte da estratégia da Unión Cívica Radical para controlar politicamente o distrito. Como operação eleitoral, não era muito original e revelava como as instituições hospitalares também podiam ser utilizadas proveitosamente na política local. O Partido Demócrata de Córdoba denunciou veementemente a manobra, ressaltando que o sanatório estava sendo utilizado para "radicalizar a província". Com efeito, os radicais que promoveram essa operação – o diretor do sanatório e seu secretário, um ex-candidato a deputado – pretendiam ganhar votos pela via fácil da oferta de empregos no setor público e, de quebra, eliminar os trabalhadores comprometidos com a luta sindical (*La Vanguardia*, 22 out., 1922, 29 out., 1922, 12 dez., 1922; *La Semana Médica*, 3 nov., 1932).

Diante da arbitrariedade da medida, um grupo de enfermos decidiu manifestar sua solidariedade aos suspensos, entre outras coisas, recusando-se a comer. Alguns o fizeram por razões de "justiça social", outros porque começavam a sentir os efeitos da presença de pessoal sem a

qualificação necessária. Por isso, o *La Vanguardia*, jornal que acompanhava com entusiasmo o conflito, informava que "enquanto os fura-greves se sentem acabrunhados pelo peso do trabalho, os enfermos (...) cujo estado físico e moral se agrava (...) protestam e gritam que não querem esses novos enfermeiros e que se recusarão a comer enquanto não for reposto o pessoal competente, vale dizer, os que se declararam em greve" (*La Vanguardia*, 15 ago. 1922). Isso se deu em agosto. Em outubro a máquina política da Unión Cívica Radical já contava com uma base de apoio entre os enfermeiros. Desde sua chegada ao hospital, o diretor não poupara recursos para a construção de uma base de apoio para si entre os enfermos, os quais, afinal de contas, eram ou podiam vir a ser eleitores. Em um dia de abril, convidou 80 doentes para a festa de inauguração do comitê local da Unión Cívica Radical, na qual não faltaram bebida, comida e diversão. A condição para participar era simples: a caminho da festa, os enfermos deveriam fazer uma parada para cumprir as formalidades de mudança de domicílio que os habilitariam a votar nas eleições distritais. Dias mais tarde, em pleno carnaval, o diretor permitiu que um grupo de enfermas e enfermeiros fosse a Cosquín – uma vila de certa importância nas Serras de Córdoba –, em um gesto que visava a permutar lealdades políticas por possibilidades de distração e prazer, dois bens escassos na rotina do sanatório, que prescrevia rigoroso repouso e moderação. Em novembro, um observador do conflito informava que provavelmente a maioria dos enfermos não apoiava os trabalhadores afastados (*La Vanguardia*, 31 jan., 1922, 7 abr., 1922, 11 abr., 1922, 15 ago., 1922; *Revista del Centro de Estudiantes de Medicina de Buenos Aires*, 23 out., 1922). Às oferendas em matéria de diversão, o diretor acrescentara o recurso à melhora da alimentação, o que, sem dúvida, teve grande impacto entre os enfermos. Aproveitando os fundos que as autoridades nacionais lhe haviam outorgado, o diretor escolheu o caminho da malbaratação e de um total descontrole nos gastos.

De modo geral, é evidente que, junto com a questão da alimentação, os enfermos reivindicavam o que entendiam serem direitos por eles adquiridos. De um lado, reclamavam do sanatório e dos hospitais – do Estado, em última análise – um serviço que de algum modo os ajudasse a recuperar a saúde da qual haviam sido despojados. Essa a razão pela qual um enfermo declarou que "somos nós, os tuberculosos, que carregamos um calvário que pesa sobre toda a sociedade" (*Ahora*, 1942:719). De outro, enfatizavam a necessidade e a importância de fortificar seus organismos – seguindo ao

pé da letra as cartilhas antituberculose que recomendavam "cevar o tuberculoso", enfatizando que no tratamento dietético higiênico "a verdadeira farmácia eram o restaurante e a despensa" (Cetrángolo, 1945:36). Não foi sem motivos que, na década de 1940, um tisiólogo julgou necessário advertir que a "dietética da tuberculose não consiste em recomendar ao paciente que coma uns bons bifes" (Cetrángolo, 1945:38), alerta dirigido tanto a enfermos como a médicos, chamava a atenção para o limitado impacto da proposta de dieta equilibrada e específica para cada enfermo que fora desenvolvida pelo recém-criado Instituto Nacional de Nutrición. Revelava, ao mesmo tempo, que, na vida dos tuberculosos internados, o problema da comida envolvia mais que a ingesta de alimentos.

A questão da ordem

O sanatório, como qualquer 'instituição total' obrigada a lidar com centenas de indivíduos, teve na questão da ordem um tópico decisivo de sua agenda cotidiana. Não foi por acaso que alguns tuberculosos acusaram o sanatório de ser "um lugar de atropelos e arbitrariedades" que dificilmente poderia ser associado a uma "casa de saúde" (*La Vanguardia*, 6 out., 1922). A denúncia não era extemporânea, já que as autoridades respondiam aos protestos dos tuberculosos, recorrendo tanto a sutis punições como a ações policiais. A retenção da correspondência pessoal, a proibição do acesso à biblioteca, o indeferimento sem ponderação das solicitações e queixas, a obrigação de permanecer na cama, ou a privação da sobremesa foram estratégias habituais que visavam a corroer a condição adulta e independente dos enfermos e tornar evidente, da mesma forma que em outras 'instituições totais', que enquanto se estivesse internado, também o mundo mais íntimo e pessoal seria passível de regulamentação (Goffman, 1961).

Uma dessas 'arbitrariedades' dizia respeito à religião. Alguns enfermos resistiam a negociar suas convicções ateísticas em troca de uma atenção esmerada por parte das irmãs de caridade. Assim, não faltaram protestos quando as religiosas os obrigavam a rezar ou casar-se na igreja, ou a votar em certos candidatos afinados com as idéias da Igreja Católica (*La Vanguardia*, 19 jun., 1897, 9 jun., 1918; 16 jun., 1918). Esses protestos freqüentemente se materializavam em cartas aos jornais, que denunciavam tais pressões invocando o direito do enfermo a servir-se do hospital sem nenhum tipo de condicionantes. Muitos dos que participaram de tais protestos terminaram expulsos, e por isto *Idea Hospitalaria*, o periódico dos

funcionários dos hospitais, falava de "ditadura religiosa" (*Idea Hospitalaria*, 6 jul., 1922; *La Vanguardia*, 17 jun., 1918, 11 ago., 1918). Por trás desses conflitos travava-se uma espécie de luta pela alma do enfermo em que o tradicional poder das irmãs de caridade – ao final da década de 1920 em aberta concorrência com os enfermeiros e enfermeiras profissionais – resistia aos esforços de diversos setores médicos e políticos interessados em gerir os hospitais prescindindo das religiosas.

Entre os 'atropelos', não faltaram as violações. Em sanatórios e hospitais os intercâmbios sexuais entre tuberculosos e pessoal de enfermagem não surpreendia ninguém. Eram aceitos como parte da vida em instituições de internação, em grande medida porque cada uma das partes tinha suas razões para participar de tais encontros, da busca do prazer à obtenção de vantagens no tratamento cotidiano. Com as violações e os abusos sexuais, porém, as coisas eram diferentes. Quando terminavam em gravidez, era bem provável que o halo de segredo forçado que as rodeava se desvanecesse, e todo o assunto ganhasse foro público. Em 1920, por exemplo, a enferma Paulina Bronstein foi trancada em uma sala especial do Hospital Sanatorio Santa María. Segundo o parecer de alguns médicos, a medida se justificava porque a paciente enlouquecera. A versão que circulava entre os tuberculosos era outra: o isolamento seria um modo de ocultar a gravidez da paciente. O caso acabou com sua expulsão do sanatório e a denúncia de um de seus familiares, que apontou o diretor da instituição como responsável por todo o caso, inclusive a gravidez (*La Vanguardia*, 16 jan., 1920).

Diante dos maciços protestos, as autoridades hospitalares adotaram, entre outras estratégias, a de estigmatizar os pacientes. Recorreram algumas vezes a um discurso xenófobo, um argumento clássico de que se lançava mão quando os conflitos sociais revelavam a real fragilidade da trama social da Argentina da imigração maciça. No início da década de 1920, alguns médicos denunciaram que os protestos dos enfermos eram liderados por estrangeiros, em particular russos e espanhóis. Os tuberculosos os desmentiram publicamente, indicando que os integrantes da comissão coordenadora eram "todos argentinos, havendo apenas um estrangeiro, de origem inglesa" (*La Vanguardia*, 16 jan., 1920). Um pouco mais tarde, um conhecido tisiólogo sugeriu que, para evitar a superpopulação do sanatório, dever-se-ia dar prioridade aos tuberculosos argentinos. Os enfermos contestaram em carta coletiva que "não somos tisiólogos, mas, por desgraça, tuberculosos e com suficiente experiência para alertar que deste modo se

estará jogando mais lenha à fogueira" (*La Vanguardia*, 17 fev., 1923). Em 1924, em outra carta que historiava a eclosão de uma das revoltas, os pacientes denunciavam que os enfrentamentos com a polícia interna se agravaram imediatamente depois que "alguns enfermos foram insultados", usando-se o adjetivo de "galegos" (*La Vanguardia*, 26 jul., 1924).

O outro argumento de estigmatização, também clássico, foi o da revolta social. Quando, em 1920, um jornalista perguntou à paciente Lola Denis sobre sua filiação política, a resposta foi um ríspido "fui rotulada de revolucionária, mas sou liberal, seguidora das idéias de Sarmiento, Mitre, Rivadavia e Alberdi" (*La Vanguardia*, 13 jan., 1920). E em 1922 houve quem advertisse as autoridades de estarem caindo no "covarde erro de qualificar como bandoleiros pobres tuberculosos famintos" (*La Vanguardia*, 7 fev., 1922). A comparação deixa de parecer descabida quando se repara que nesse mesmo ano, 1922, os enfrentamentos entre peões das estâncias da Patagônia e as forças militares continuavam sendo manchetes na imprensa. De qualquer modo, freqüentemente as autoridades utilizaram qualificativos como "elementos politicamente perniciosos" (*La Vanguardia*, 28 dez., 1919) ou "enfermos com idéias socialistas avançadas que até se permitem gritar 'viva a anarquia!'" (*La Vanguardia*, 23 out., 1922). Em pelo menos uma ocasião, os internos mobilizaram-se para desmentir, em carta pública, a existência de um grupo socialista organizado entre os enfermos. Apesar disso, tanto a cuidadosa cobertura de alguns conflitos feita pelo *La Vanguardia* como a existência em Cosquín da assim chamada Liga Roja (Liga Vermelha) contra a tuberculose revelavam que as relações entre alguns enfermos e os grupos socialistas e libertários eram bastante fluidas (*La Vanguardia*, 12 abr., 1920; *La Semana Médica*, 9 out., 1919).

A expulsão dos líderes dos protestos foi uma das habituais respostas das autoridades hospitalares (*Ahora*, 1941; *La Vanguardia*, 28 ago., 1914, 17 e 23 jun., 1918, 11 ago., 1918, 13 jan., 1920). Quando o diretor do Hospital Sanatorio Santa María chamou os esquadrões da polícia provincial para impor a ordem, os cabeças terminaram em um calabouço do comissariado de Cosquín. E mesmo quando os policiais uniformizados não tinham instruções de intervir, sua simples presença era intimidadora: "ontem à noite" – escreveu um enfermo – "estiveram patrulhando os arredores de nossos pavilhões em grupos, a pé e a cavalo, fazendo um ruído que não deixava dormir. Estamos todos intranqüilos com estes acontecimentos. Tenho agora uma febre que não tinha desde que meu nome foi retirado da

lista de doentes graves" (*La Vanguardia*, 6 out., 1922). Houve ocasiões em que policiais se fizeram passar por doentes com o objetivo explícito de obter informações sobre a organização dos protestos dos pacientes (Cetrángolo, 1945). Em 1920, o *La Vanguardia* incluiu em sua cobertura dos conflitos no sanatório de Córdoba uma série de fotos onde a enxuta figura dos tuberculoses contrastava com a de policiais a cavalo e guardas armados com revólveres e cassetetes. Uma irônica manchete resumia a situação: "O novo tratamento da tuberculose: sentinela de guarda" (*La Vanguardia*, 14 jan., 1920).

Em meados dos anos 1920, quando os protestos foram particularmente freqüentes, as autoridades decidiram criar uma polícia interna, cuja simples presença gerou um clima de tensão pronta a eclodir nos momentos mais inesperados. Em julho de 1924, os enfermos estavam jogando futebol fora do horário regulamentar. Um guarda tentou impedir que o fizessem. Seguiu-se uma violenta troca de palavras e os inevitáveis embates terminaram com alguns enfermos detidos, outros isolados e alguns na enfermaria. Os tuberculosos responderam com uma marcha onde exigiram a libertação dos detidos. A polícia tentou amedrontá-los com tiros para o ar. Em um certo ponto, os doentes ameaçaram abandonar maciçamente o sanatório e 250 deles decidiram dirigir-se, em "uma marcha solene e silenciosa" ao comissariado de Cosquín. Foi nesse momento que o diretor do sanatório conseguiu parar a marcha e restaurar a calma com a imediata libertação dos detidos e o compromisso de limitar as atribuições da polícia interna. Mas o triunfo dos enfermos durou pouco. Dois meses depois, identificados os "cabeças do motim", 32 pacientes foram notificados de que deviam deixar o sanatório e que se não o fizessem recorreriam à força. Os enfermos expulsos terminaram acampando na praça central de Cosquín. Uma comissão popular deu-lhes apoio, desenvolvendo uma fervorosa campanha onde não faltaram quermesses e as petições ao Congresso Nacional. Depois de poucas semanas, e apesar do mau estado em que se encontravam alguns deles, os enfermos foram dispersados. Alguns regressaram a Buenos Aires, enquanto outros conseguiram ser internados, em hospitais para tuberculosos ou em hospitais comuns (*La Vanguardia*, 28 jun., 1924, 26 jul., 1924, 24 out., 1924, 3 fev., 1925).

Esses conflitos coletivos – que revelam enfermos que estão longe de serem passivos objetos da ação dos médicos – não foram a regra durante toda a primeira metade do século XX. Sua persistente ocorrência no

Hospital Sanatorio Santa María durante a década de 1920 explica-se, pelo menos em parte, pela explosiva combinação de três fatores: em primeiro lugar, o tamanho do sanatório, que tinha uma escala incomum para os hospitais serranos; em seguida, a desastrosa gestão dos encarregados da administração; finalmente, a forma como a imprensa médica especializada avaliava na década seguinte, "a abominável intromissão da política no regime de repouso, cura higiênica, ordem e disciplina" (La Semana Médica, 3 nov., 1932; *La Doble Cruz*, 1937:3).

O destaque que esses conflitos tiveram no *La Vanguardia* resultou de um persistente bombardeio de cartas dos enfermos à redação do diário socialista. De fato, *La Vanguardia* foi um órgão particularmente receptivo a muitas das demandas dos enfermos, uma postura coerente com um discurso em geral bem propício a assinalar a necessidade de uma reforma social profunda. Não há dúvida, porém, de que tal receptividade também atendia aos interesses do diário em apoiar e difundir certos conflitos, neste caso particular aqueles que envolviam o pessoal de enfermagem, em cujo sindicato os socialistas tinham uma presença destacada. Assim, entre as cartas dos enfermos e a agenda informativa e política do diário, a questão da ordem e do tratamento dos tuberculosos nas instituições de atendimento teve uma incomum cobertura que, curiosamente, esteve ausente em outros conflitos.

A 'vacina Pueyo' e o direito de acesso a um tratamento

Uma carta escrita por um enfermo e publicada no início da década de 1940 na revista quinzenal *Ahora* revela a intrincada trama tecida pela ausência de uma cura eficaz contra a tuberculose, a reação do *establishment* médico diante de uma vacina não produzida por um de seus membros, o protagonismo dos enfermos e o papel dos meios impressos de comunicação de massa que se apresentavam como voz pública que canalizava as demandas e expectativas dos tuberculosos:

> Caí de cama no dia 6 de agosto de 1940, acometido de broncopneumonia. Tinha tosse permanente com escarros espessos e febre quase sempre acima dos 40 graus. Por conselho médico fui internado no Hospital Central de Tuberculosos no dia 29 de agosto (...); ali mandaram-me fazer uma radiografia de tórax, aplicações endovenosas de cálcio dia sim dia não e injeções de salicilato. Como não notava nenhuma melhora, pedi a um membro de minha família que verificasse o

que havia de certo sobre uma vacina a respeito da qual lera em uma revista. Depois de vários trâmites, quando já estava internado havia dois meses, foi-me aplicada a vacina Pueyo no consultório do Dr. Romera. Isto ocorreu em 30 de agosto de 1940. Entenda-se que nesse dia pedi permissão para sair do hospital sem explicar o que ia fazer. A partir daí, ou seja, da aplicação da primeira vacina, houve uma mudança radical em minha saúde, já que até então, e seguindo o tratamento indicado pela medicina oficial, só havia experimentado melhoras passageiras, sentindo-me bem um dia e mal no dia seguinte; (...) tudo isto desapareceu na semana em que me foi aplicada a vacina, a febre baixou para 36 graus, desapareceu a expectoração e ganhei um quilo e setecentas gramas em sete dias. Quando o diretor do hospital inteirou-se de que me havia sido aplicada a vacina Pueyo chamou-me a seu consultório e ali observou meu procedimento, pedindo-me que nada comentasse entre os enfermos, já que não era nem contra nem a favor da vacina. Acrescentou que acompanharia meu caso e se desse bons resultados estudaria detidamente essa cura. Acreditei, de início, mas em pouco tempo me convenci de que o que ele menos desejava era estudar em meu caso os efeitos da vacina Pueyo, já que desde então não se deteve mais junto a meu leito, não me examinou nem os braços, não me fez tirar sequer uma radiografia, nem mandou analisar meu escarro. Negou-me até o cumprimento (...). O percentual de curas na enfermaria 7 (aquela de que posso falar porque ali me encontrava) não era muito alentador. Comentava-se que desde o dia de sua inauguração (mais ou menos sete meses antes), dos quarenta enfermos que havia no início, dois tiveram alta, um por embriagar-se e outro por não haver sido constatado micróbios nas análises, três haviam saído ainda doentes para tratar-se fora, trinta morreram e cinco ainda estavam ali. Como não desanimar e ir para a rua reclamar o que acreditávamos ser mais eficaz? (...) Para finalizar direi que me foi dada alta, melhor dizendo, que fui posto na rua por um sargento de polícia no dia 2 de janeiro de 1941. Ainda não estou curado, nem o senhor Pueyo me disse tal coisa, mas de fato melhorei física e moralmente de tal forma que me sinto outro homem. Peso atualmente 57 quilos, tenho muito bom apetite, foram-se as dores e a febre e, sobretudo, voltou-me à alma a ânsia de viver que já havia perdido". (Ahora, 1942:719)

Na verdade, o alvoroço causado pela vacina Pueyo entre os anos 30 e 40 não era um fato particularmente novo. Com o progresso da bacteriologia moderna, desde o final do século XIX a busca de tratamentos específicos e eficazes contra a tuberculose entusiasmara médicos e cientistas. Durante quase meio século essa busca fora infrutífera. O aparecimento de cada novidade terapêutica era marcado pela incerteza, pelos debates, pelos

recorrentes desmentidos. O pequeno mundo acadêmico de Buenos Aires não escapou a esse clima. Houve anos em que a vacina bovina de Behring provocou discussões acaloradas, mais tarde foram a vacina do italiano Maragliano e o método do catalão Ferrán. Nos anos 20 e 30 foi a vacina Friedman. E, como em tantos outros lugares, a aceitação da vacina B.C.G. de Calmette Guerin ficou longe de ser imediata. Todas essas novidades, e tal como o explicitava um dos líderes do movimento antituberculose na Argentina ao final dos anos 30, eram métodos que se "apoiavam na grande experiência e absoluta seriedade de seus autores" (*La Doble Cruz*, 1938:22).

Mas os casos considerados respeitáveis e sérios e que provocaram debate no pequeno universo médico e científico, além de não ganharem as manchetes dos jornais, não motivaram ações coletivas por parte dos enfermos. Com a vacina Pueyo deu-se o contrário. O *establishment* médico resistiu a ela, foi notícia jornalística e, fundamentalmente, revelou o protagonismo – limitado mas, ainda assim, protagonismo – dos enfermos.

Desde 1929 Jesús Pueyo havia se dedicado à biologia como pesquisador amador. Somente em 1932 conseguira ingressar como assistente em um laboratório da cátedra de bacteriologia da Faculdade de Medicina da Universidade de Buenos Aires. Ali trabalhou com afinco, tentando produzir uma vacina contra a tuberculose. Fez experiências, primeiro com animais e mais tarde com homens, esperando obter reconhecimento oficial e acadêmico que nunca conseguiria, o que não impediu que muitos enfermos experimentassem sua recém-descoberta vacina.

A informação sobre a existência da vacina vazou do laboratório e foi bem recebida em um mundo de tuberculosos sempre ansiosos por um tratamento eficaz. Apesar disso, repetidos adiamentos – resultantes em grande medida da posição marginal de Pueyo no campo dos profissionais dedicados ao combate da tuberculose – impediram a difusão da vacina. Diante dessa situação, e "vencido pelo insistente oferecimento da imprensa", Pueyo decidiu tornar pública sua descoberta (*Viva Cien Años*, 1941, XI:208). O novo jornalismo – que despontara junto com o século, expandira-se nos anos 20 e já se consolidara na década de 40 – projetou a vacina e transformou-a em uma notícia quente. O diário *Crítica* e a quinzenal *Ahora* – com tiragens realmente maciças e um público definitivamente popular – acompanharam com entusiasmo a transformação do 'caso Pueyo' em um assunto público. Dedicaram-lhe coberturas com notas em páginas duplas, grandes manchetes, entrevistas, fotos e um atento acompanhamento ao

longo de vários meses. Entre 1940 e 1942, *Crítica* informou sobre o assunto em mais de 80 artigos, e *Ahora* em 70.

A vacina oferecia todos os elementos para uma crônica jornalística bem atraente, que vinha ao encontro da angústia dos tuberculosos, punha em questão os médicos consagrados e alimentava um público acostumado à leitura de artigos científicos ou pseudocientíficos. Efetivamente, ambos os órgãos de imprensa foram construindo uma notícia que sutilmente entrelaçava a ansiada cura da tuberculose, o acesso que o enfermo comum poderia ter a ela e a história do humilde ajudante de microbiologia que, apesar de atacado pelo *establishment* médico, conseguira transformar-se na referência de salvação dos desventurados tuberculosos. Em nenhum momento a figura de Pueyo era assemelhada à de um curandeiro popular, sendo apresentado como um pesquisador apaixonado por seu trabalho, sempre rodeado de microscópios, pipetas e tubos de ensaio e injustamente ignorado nos circuitos reconhecidos (*Ahora*, 1941).

O próprio Pueyo insistia em apresentar-se como um ativo cientista a quem os meios de imprensa haviam procurado no intuito de informar o público, e não como parte de uma campanha jornalística sensacionalista. Em 1942, quando todo o caso já havia terminado, Pueyo publicou um livro onde contava sua versão dos acontecimentos. Trata-se de uma recopilação de cartas que enviara, ao longo de mais de três anos, a médicos e funcionários que resistiam a considerar seriamente suas descobertas. Em todas elas Pueyo se apresentava como um membro da comunidade científica lutando contra a marginalização maquinada por espúrios interesses associados ao que ele chamava a 'burocracia médica'. O livro, sem dúvida uma edição de autor, apareceu com o selo da Editorial Científica. Ali Pueyo insistia, repetidas vezes, em afirmar que sua vacina não era uma panacéia, como as curas oferecidas pelos charlatães. E, enquanto criticava a – para ele – injustificada e obcecada resistência de certos profissionais com poder no mundo acadêmico e nos órgãos do Estado, ocupava-se, quase com obsessão, em enfatizar o entusiasmado apoio recebido de outros médicos com trajetórias reconhecidas e muito ativos no atendimento a pacientes tuberculosos. Com relação à imprensa que o apoiara com fervor e espírito militante, Pueyo dizia que "a utilizara para dar a público as pesquisas em curso", encontrando nela um "instrumento de progresso e um aguilhão contra o atraso" (Pueyo, 1942:31). Com certa picardia, se diferenciava de *Ahora* e *Crítica* indicando que deixara esses órgãos e o povo "falar", enquanto

ele se ocupava em apresentar relatórios de seus trabalhos científicos "às personalidades mais competentes para que elas se pronunciem com a seriedade e a serenidade devidas" (Pueyo, 1942:19).

Tanto *Crítica* como *Ahora* fizeram da forma marginal com que o *establishment* tratava Pueyo uma virtude. O "moderno Pasteur argentino" – como *Ahora* chegou a chamá-lo em seu número de 27 de dezembro de 1940 – não levou muito tempo a perceber que devia apresentar sua biografia profissional como um exemplo do que pode ocorrer a um cientista que resista a contaminar-se com o poder. Por isso Pueyo não hesitou em observar, em uma entrevista que deu a uma revista pouco complacente com suas qualificações, que sua exclusão dos círculos prestigiosos de publicação era o preço pago por "não aceitar o apadrinhamento científico" das camarilhas (*Viva Cien Años*, 1941, XV:364). Para *Crítica* e *Ahora*, Pueyo corporificava a ciência desprendida do luxo e da suntuosidade, um claro exemplo da luta contra os obstáculos que mais complicavam a vida das pessoas comuns, 'sem contatos': a falta de recursos e os entraves burocráticos (*Ahora*, 1941).

A reação do *establishment* médico nem sempre foi a mesma. Desde 1936, Pueyo viera oferecendo sua vacina a médicos que atendiam casos de tuberculose. Mais ainda, algumas figuras destacadas do restrito universo médico local lhe haviam encaminhado pacientes que informaram notáveis melhoras nunca desmentidas (*Ahora*, 1941). Esse quadro mudou quando a vacina ganhou a cena pública, em grande parte como resultado da ação da imprensa. A partir de então, a reação dos médicos foi ficando cada vez mais cerrada. Em 1941, *Viva 100 Años*, uma revista de divulgação de temas ligados à saúde, procurou diferenciar-se de *Ahora* e *Crítica* e ofereceu a seus leitores as opiniões de professores, médicos e funcionários. Alguns articulavam suas reservas falando em nome dos enfermos, aos quais essa "campanha jornalística faz renascer a esperança porque acreditam encontrar uma nova tábua de salvação que logo, ao esfumar-se, leva consigo esse caudal de sonhos que aos poucos afeta perigosamente seus espíritos e seus físicos debilitados". Outros questionavam Pueyo por agir com total desapego às "normas acadêmicas" e por carecer da mínima "ética científica":

> Admitimos que o Sr. Pueyo possa ter feito uma descoberta, mas falta demonstrá-la no terreno da comprovação científica. A vacina Pueyo não é algo espiritual, que se possa admitir como dogma. É algo material, com realidade física e, portanto, para crer-se nela é preciso conhecê-la.

E, até o momento, a informação oferecida sobre sua composição não é suficiente. (*Viva Cien Años*, 1941, XI:213, 254; XV:393).

Já transformada em uma questão pública, a eficácia ou não da vacina, e sobretudo sua inocuidade passaram a ser tema sobre o qual tinha jurisdição o Departamento Nacional de Higiene. Para poder despachar sobre a questão, seu diretor convidou Pueyo a realizar as provas de laboratório correspondentes. Mas os resultados não chegavam. E, do mesmo modo que *Ahora*, *Crítica* e o próprio Pueyo responsabilizavam por esses atrasos a burocracia que não cessava de pôr obstáculos ao trabalho do inventor da vacina, os funcionários do departamento acusavam Pueyo de manter total segredo a respeito da composição da substância 'X' e não contribuir para o laboratório onde sua vacina devia ser testada (*Crítica*, 21 out. 1940, 3 jan., 1941; *Ahora*, 1941; Pueyo, 1942; *Viva Cien Años*, 1941, IX). O Ministério do Interior – onde os políticos contavam mais que os médicos – tratou de construir pontes de diálogo, recebeu Pueyo em janeiro de 1941 e produziu uma resolução ministerial que indicava a necessidade de acelerar o processo de fiscalização da vacina, ao mesmo tempo que autorizava sua aplicação a cerca de 200 enfermos e 300 animais. Mas essa iniciativa não pôde se materializar porque o diretor do Departamento Nacional de Higiene e, de forma particular, o diretor do Instituto Bacteriológico – um obstinado opositor da vacina e de seu descobridor – estabeleciam condições que Pueyo achava inaceitáveis.

Foi nesse contexto de postergações que a vacina Pueyo motivou a mobilização dos tuberculosos. Para alguns, o principal responsável pelo estado de agitação que reinava entre os enfermos e a opinião pública em geral era o "alarido jornalístico" (*Viva Cien Años*, 1941, IX:254). Na verdade, a cobertura de *Crítica* e *Ahora* e os atrasos no trâmite do estudo da inocuidade e eficácia da vacina não fizeram mais que exacerbar o desespero dos tuberculosos. Em novembro de 1940, *Crítica* reproduziu um panfleto assinado por "doentes tuberculosos" que convidava o "povo" a apoiá-los em sua luta pelo acesso à vacina e advertia o leitor de que qualquer um, "você mesmo ou alguém de sua família" podia "ser vítima deste flagelo" (*Crítica*, 8 nov., 1940:6). Em dezembro, o mesmo diário informava sobre uma concentração de enfermos na Plaza de Mayo, em frente à sede do governo nacional (Crítica, 4 dez., 1940). E no início de 1941 as manchetes de *Ahora* anunciavam com eloqüência que "uma rebelião de tuberculosos eclodirá em toda a nação". No mesmo número, outro artigo intitulado

'Acusam os médicos que conspiram contra a ciência' insistia em colocar a questão da vacina Pueyo em um terreno definitivamente científico e, como tal, distante da medicina popular (*Ahora*, 1941:578). A essa altura já circulavam panfletos e manifestos nos dispensários, nos hospitais e sanatórios para tuberculosos. Um desses panfletos saudava a intervenção do "humanitário decreto do Ministério do Interior", que então se demonstrava mais aberto que o Departamento Nacional de Higiene. O texto terminava com um "Pueyo venceu e continuará vencendo. Chegou a hora dos polvos que chupam o sangue do povo" (*Ahora*, 1941:578). Ocupando um terço de página, outro manifesto reproduzido pela revista *Ahora* divulgava a agenda dos tuberculosos mobilizados:

> Ao povo da República Argentina!!!
>
> É chegado o momento de sair à rua para exigir o que nos cabe e de que ninguém, das sombras, pode nos privar.
>
> Os profissionais da medicina defensores da ciência oficial conspiram contra nós e contra Pueyo e estão dispostos a jogar a última cartada para evitar que chegue a nosso povo a vacina antituberculose que foi gratuitamente entregue por seu descobridor ao governo nacional.
>
> A atitude dos profissionais que se dedicam a viver dos enfermos deste terrível mal foi publicamente desmascarada por Pueyo que (...) (em várias cartas públicas) (...) deixou claramente estabelecido que os médicos buscavam preservar seus substanciosos interesses e as ainda mais substanciosas subvenções do Estado, já que ao eliminar-se a tuberculose, elimina-se de fato um núcleo de profissionais parasitas que medra com a dor de milhares e milhares de tuberculosos.
>
> O povo já escolheu seu caminho nesta magna cruzada. Pueyo, filho do povo, entregou sua vacina ao povo e agora este povo, tão tristemente sofrido, sai à rua para reclamar e exigir que a vacina lhe seja entregue.
>
> (...)
>
> Esperamos apenas a voz que nos diga que é chegada a hora de abandonar os hospitais, deixar os leitos onde se consomem nossas vidas, para irmos em dolorosa campanha pelas ruas da cidade até a sede de governo e pedir a nossos mandatários que se faça justiça.
>
> (...)
>
> Basta! O mundo saberá dentro em pouco como um povo cansado e enojado se une em torno do homem que realizou a vacina antituberculose

> e que desmascara os vendilhões do templo sagrado da medicina (...) amparados em um título desmoralizado.
>
> (...)
>
> Com Pueyo e por Pueyo. Contra a burocracia capitalista da medicina!!!" (*Ahora*, 1941:578)

O manifesto era uma convocação à ação. Diante da soberba dos poderosos da medicina oficial erguia-se a figura de Pueyo, o humilde bacteriologista que não só oferecia gratuitamente sua vacina, como também expunha os traficantes da doença. O que os tuberculosos defendiam não era uma terapia originada nas tradições da medicina popular, tampouco um convite a participar das soluções apresentadas por outras medicinas alternativas. Era, antes de tudo, a reafirmação do direito de experimentar um tratamento que, reconhecido como científico, era marginalizado na ciência das academias.

A indignação dos enfermos não era extemporânea. A inocuidade da vacina já havia sido comprovada pelos fatos, e com razão um tuberculosos denunciava que

> se um remédio não faz mal, por mais que se ignore seu benefício, o lógico é que seja ministrado a quem o peça. E com muito mais razão no campo da tuberculose, onde até o presente nada existe de positivo, por mais que se alardeie o valor preventivo da vacina de Calmette Guerin, da qual se declararam inimigas acérrimas diversas eminências como León Taxier do Hospital das Crianças de Paris, o professor Otolenghi de Roma, os doutores Tucunouva e Larinouva de Moscou, ou o doutor Olbretch de Bruxelas. (*Ahora*, 1941:580)

Por essa época já era evidente que *Crítica* e *Ahora* haviam estabelecido uma relação mimética com o movimento dos tuberculosos. A redação de *Ahora* tornou-se uma espécie de quartel-general. Ali se reuniam, discutiam, planejavam suas ações. E, assim como o diário *La Prensa* no início do século e *Crítica* na década de 1930 ofereceram serviços de assistência aos pobres em seus prédios – em uma peculiar ação filantrópico-caritativa alimentada por empresas jornalísticas –, *Ahora* amparou os reclamos dos defensores da vacina Pueyo e reafirmou seu perfil de revista sensível ao drama dos necessitados. Foi à redação de *Ahora* que chegavam não só as cartas que enfermos do interior enviavam a Pueyo, como também a correspondência escrita por médicos interessados no tratamento (*Ahora*, 1941).

Enquanto isso, nos hospitais e sanatórios os 'pueyistas' eram castigados ou expulsos. No Hospital Muñiz era freqüente que as enfermas que pediam a vacina fossem enviadas ao solário. Ali seu estado se agravava e muitas terminavam abandonando o hospital. Os que haviam liderado o movimento eram expulsos sem maiores explicações. Um deles, Benito Sanmillán, apresentava com lucidez as razões do conflito:

> dói constatar a intolerância de muitos médicos. Toda simpatia que se demonstre para com Pueyo e sua vacina, eles interpretam como uma expressão cabal de repúdio a eles e a seus métodos de cura. Incapazes de estimar a magnitude do drama espiritual que nos aflige, só lhes ocorre reprimir o irreprimível regozijo que nos provocou, a todos os tuberculosos, a possibilidade de uma cura imediata por obra de um método terapêutico novo (...). Os médicos evitam falar da vacina, mas quando se vêm forçados a fazê-lo, instados pelo legítimo e inalienável direito do enfermo, só lhes ocorre negar-lhe importância, (...) mesmo que não a tenham experimentado. (*Ahora*, 1941:578)

Em certo momento, o Ministério do Interior determinou – em grande parte como conseqüência do alvoroço dos tuberculosos e das gestões do próprio Pueyo junto ao ministro – que fossem acelerados os testes destinados a verificar a inocuidade e a eficácia da vacina. Enquanto isso, as autoridades sanitárias uruguaias já haviam atestado a inocuidade da vacina, e as do Brasil, do Peru e do Chile a estudavam. Essas notícias começaram a circular em Buenos Aires ao mesmo tempo que o Departamento Nacional de Higiene reafirmava sua postura de oposição, assinalando, entre outras razões, que Pueyo não estava realizando os testes de eficácia e inocuidade no prazo acordado. Diante desse panorama, os tuberculosos lançaram-se outra vez às ruas. No início do inverno de 1941, enfermos de Buenos Aires e do interior do país marcharam para o Congresso Nacional aos gritos de "Queremos a vacina Pueyo!". A cobertura fotográfica da demonstração feita por *Ahora* – que reproduzia em maior escala outras que haviam ocorrido no primeiro trimestre do ano – mostrava um quadro penoso: enfermos e familiares com feições severas, tuberculosos em estágio avançado envoltos em cobertores de hospital e com aspecto muito frágil, mães nada robustas carregando crianças. Não faltaram os cartazes identificadores dos diversos centros regionais de apoio a Pueyo, nem os placares com um grande 'V' em alusão à vacina. Houve correria, a polícia interveio e alguns enfermos terminaram presos (*Ahora*, 1941:642).

Apesar do alvoroço dos tuberculosos, a posição do Departamento Nacional de Higiene não se modificou, e o ministro do Interior, que a princípio fora especialmente sensível às demandas dos enfermos, dessa vez alinhou-se com o *establishment* médico. No Congresso Nacional, e por iniciativa de um parlamentar médico, o tratamento dado à vacina não foi muito diferente. Aplicaram a Pueyo uma multa e iniciaram contra ele um processo por exercício ilegal da medicina. O pagamento da multa provocou uma onda de contribuições voluntárias enviadas espontaneamente pelos enfermos à redação de *Ahora*; em menos de 48 horas chegou-se ao dobro do montante exigido. Pueyo não aceitou a ajuda, e sua atitude reforçou sua nobreza e humildade aos olhos do público, mostrando uma vez mais uma postura que, supunha-se, o colocava no antípoda dos médicos do *establishment*. De qualquer maneira, o julgamento e a multa imposta pelo Departamento Nacional de Higiene não tiveram seguimento porque Pueyo havia distribuído gratuitamente suas vacinas, não apenas com permissão do Ministério do Interior, como também contra entrega de receitas dos médicos dos enfermos interessados (*Ahora*, 1941:651).

No dia 11 de julho de 1941 Pueyo aceitou a resolução oficial, e a partir de então a mobilização dos tuberculosos foi perdendo força e deixou as manchetes dos jornais. A questão continuou aparecendo de vez em quando, com alertas sobre a venda de vacinas Pueyo falsas, o que, a seu modo, revelava o interesse público na venda de tais vacinas. Pelo final de 1941, enquanto informava exaustivamente sobre o reconhecimento da inocuidade da vacina no Uruguai e seu uso experimental em vários hospitais brasileiros, *Crítica* não deixou de assinalar a irracionalidade com que as autoridades argentinas haviam tratado o assunto (*Crítica*, 14 out., 1941, 2 nov., 1941, 17 nov., 1941, 25 dez., 1941, 12 jan., 1942).

Quanto aos enfermos, os cabeças da mobilização foram expulsos das instituições de atendimento onde estavam internados e os demais trataram de ser readmitidos, em um esforço revelador: para o tuberculoso comum que não recorria à medicina caseira ou à dos curandeiros, o hospital era provavelmente a única possibilidade de atendimento.

A Imprensa, o Protagonismo dos Enfermos e a Historiografia

A longa ausência de um método comprovado de cura da enfermidade levava a que se recebesse com entusiasmo qualquer terapêutica, mesmo

quando sua eficácia fosse duvidosa ou discutível. Desse entusiasmo podiam participar não só os médicos, interessados em sair de uma impotência profissional que pesava sobre eles, como também os enfermos, movidos pelo natural desejo de curar-se. Esses tratamentos circulavam com maior ou menor êxito no universo semipúblico dos hospitais e dos dispensários e no mundo muito mais privado dos consultórios. Alguns não logravam mais que um efêmero impacto no arsenal de terapias sugeridas pela medicina diplomada. Outros perduravam no tempo, ainda que seus resultados estivessem longe de ser positivos.

O problema surgia quando um desses tratamentos tinha impacto na imprensa, não tanto como matéria jornalística meramente informativa, mas como notícia a que se dedicasse durante meses uma cobertura detalhada. Esse impacto não era o mesmo em todos os meios impressos. O que chegava às manchetes de um diário ou revista semanal era apenas mencionado em outros ou, com freqüência, totalmente ignorado. Na verdade, os tratamentos, e com ele os tuberculosos, transformavam-se em notícia quando a história servia bem a um determinado estilo jornalístico.

No caso do jornal socialista *La Vanguardia*, os conflitos que ocorreram no Hospital Sanatorio Santa María de Córdoba, ou nos hospitais Muñiz e Tornú de Buenos Aires, foram apresentados em um tom de denúncia social em que os reclamos dos enfermos acabavam demarcados nos conflitos sindicais dos servidores dos hospitais ou, de modo mais geral, como evidências da questão social e da luta pela melhora das condições de vida dos setores populares. Com um estilo entre magisterial e austero, despojado de qualquer esforço por construir cumplicidades com o leitor, a cobertura que o *La Vanguardia* fez desses eventos o revela como um diário 'velho', comprometido com as causas do povo mas que, nos anos 20, e de um ponto de vista jornalístico, apenas se renovou – especialmente se comparado com outros, como os diários *Crítica* e *El Mundo*. *La Vanguardia* foi bem receptivo às ações dos tuberculosos na década de 1920, quando a presença dos militantes desse grupo partidário no sindicato dos servidores hospitalares era ostensiva e quando as demandas dos enfermos se articulavam de algum modo com as dos trabalhadores.

Isso não ocorreu duas décadas mais tarde, quando os tuberculosos se mobilizaram pelo direito de acesso à vacina Pueyo. Nessa ocasião, e da mesma forma que outros tantos diários como *La Nación*, *La Prensa* e *La Razón*, o *La Vanguardia* ignorou as demandas dos enfermos. No caso do diário dos socialistas, tratou-se de uma decisão jornalística para a qual

pesou sua profunda veneração pela ciência e pela medicina, assim como o lugar preponderante que um importante número de médicos políticos tinha na estrutura partidária. Pueyo e sua vacina, como se viu, circulavam pelas margens do saber acadêmico e punham em questão a legitimidade de uma 'classe médica' à qual pertenciam muitos dos mais notáveis dirigentes socialistas.

A revista quinzenal *Ahora* e o diário *Crítica*, pelo contrário, revelam um claro exemplo de jornalismo definitivamente 'moderno', que pretende tornar-se eco das demandas da gente comum, do 'povo', diante das arbitrariedades do poder – neste caso particular, do poder médico. Constroem a notícia ao estilo do novo jornalismo, usam as fotografias e as grandes manchetes, geram suspense, informam e opinam, dão a palavra aos tuberculosos, dialogam com os leitores. Colocando-se no centro da história, chegam, em alguns momentos, a disputar o lugar protagonista, tanto dos enfermos como do próprio descobridor da vacina.

No caso da vacina Pueyo, é possível ver-se uma questão que superou o mundo acadêmico. No passado, quando irrompia uma novidade terapêutica prometendo curas eficazes, sua discussão se desenvolvia conforme os padrões indicados pela medicina e pela bacteriologia, e seu impacto na imprensa diária e maciça era definitivamente marginal. Foi o que ocorrera com o assim chamado soro Vilas, no início do século, com a vacina Friedman nos anos 20, ou com a vacina Andreatti nas décadas de 1920 e 1930 (*La Prensa*, 26 abr., 1901, 2 mai., 1901, 3 mai., 1901, 10 jul., 1901, 15 jul., 1901; *La Razón*, 19 mar., 1920; *Revista Médica*, 1935, XXIII; *La Doble Cruz*, 1938; *La Semana Médica*, 12 jul., 1934, 9 ago., 1934, 2 fev., 1939, 5 jun., 1941; *Revista de Medicina Legal y Jurisprudencia Médica*, II, 1936; Armus, no prelo). No caso da vacina Pueyo, porém, as coisas foram diferentes, em grande parte porque Pueyo e as páginas dos meios modernos como *Crítica* e *Ahora* instalaram o tema na cena pública à maneira de uma disputa entre o *establishment* médico e um cientista marginal a esse *establishment*. A Pueyo questionavam várias vezes suas credenciais, e Pueyo não se resignava a ser tratado como alguém alheio à comunidade científica. Nessa luta, marcada pelo veloz ritmo da notícia jornalística, a reação do *establishment* médico foi-se tornando tanto mais cerrada quanto mais divulgada fosse a novidade da vacina – e quanto maior impacto tivesse no mundo dos tuberculosos.

Ainda que esses conflitos não tenham sido motivo de reflexão por parte da história tradicional da medicina, é possível especular que seriam

interpretados como momentos, conjunturas, em que a medicina travava sua nobre batalha pelo progresso da ciência, pelo bem-estar dos enfermos e pela verdade. Ali estavam os médicos cuidando de seus enfermos desorientados pelo desespero, obstinados em crer na possibilidade de uma cura, presa fácil dos mercadores de notícia e dos inescrupulosos que prometem curas supostamente eficazes. É desnecessário repetir que sobram materiais que permitiriam reconstruir o caso Pueyo na perspectiva do discurso médico.

A revisão dessa interpretação segundo a perspectiva foucaultiana também é previsível. Está ausente neste caso a noção do indivíduo capaz de eleger. O racionalismo, a regulamentação burocrática e administrativa e as novas e mais sutis tecnologias de controle teriam tornado mais fácil para o conhecimento e o poder disciplinar ainda mais os corpos e as almas. Nesse processo, definitivamente moderno, a medicina teria desempenhado um papel-chave. Com seus exames diagnósticos e seus hospitais, com sua capacidade de apresentar o poder médico como uma força positiva e benigna, e nunca opressiva, o saber médico terminava criando sujeitos – os pacientes – que não são mais que clientes submetidos aos protocolos do poder. A esses pacientes não se nega sua condição de indivíduos, já que cada um tem sua própria história médica e, supõe-se, acaba sendo capaz de internalizar condutas e estilos de vida prescritos pelo médico. Mas esses pacientes não são sujeitos históricos. Surgem em cena para indicar quão marginalizados estão em relação ao poder, nunca para assinalar sua capacidade de resposta, adaptação, ou negociação. Trata-se, em grande parte, de um olhar que prescinde do conflito, entre outras razões, porque presume que não haja discurso de oposição ao discurso do poder.[3] O caso Pueyo e sua solução somente serviriam, então, para confirmar a onipresença do poder médico.

É evidente que estes marcos interpretativos – o da tradicional história da medicina e o de uma esquemática aplicação do modelo foucaultiano – pouco ajudam a entender os protestos individuais e coletivos dos tuberculosos. As petições escritas, as greves e as mobilizações de rua dos enfermos indicam que nos interstícios das estruturas de poder e autoridade que marcam a relação de médicos e pacientes desenvolve-se uma complexa trama, cheia de situações de duplicidade e cumplicidade, de hegemonia e subversão, de controle e resistência, de socialização e diferença. A sustentada e deliberada participação da imprensa e o desejo de crer que se estava a um passo da cura – não importando quão eficaz fosse realmente, ou quanto tenha sido desmentida pela ciência oficial – convidavam os enfermos a

articular uma reivindicação coletiva que, supunha-se, facilitaria o acesso ao novo tratamento. Nesse contexto, muitos enfermos descobriam não apenas sua capacidade de pressão, como também o que alguns deles entendiam ser um "legítimo e inalienável direito" (*Ahora*, 1941:578). Essa descoberta conjugava-se mal com a imagem dos pacientes tuberculosos como enfermos ignorantes das "verdadeiras e exatas interpretações do que vêm, do que sentem e do que presumem" (Vitón, 1928:83).

Essa descoberta também é relevante porque revela a presença da questão da enfermidade e da saúde no complexo processo de ampliação da cidadania social e no que, de modo impreciso na virada do século e muito mais claramente no início do século XX, costumou-se chamar – e não só na Argentina – 'direitos à saúde'. É relevante também em termos historiográficos, porque introduz nos estudos da enfermidade o problema da agência social, uma dimensão-chave da assim chamada 'história vista de baixo'.

Deve-se alertar, porém, para o fato de que a reincorporação dos enfermos na história como protagonistas ativos deve ser feita com cuidado. Nada indica que durante a primeira metade do século XX os temas da saúde, da enfermidade e dos equipamentos sanitários – das redes de água potável e de esgotos a hospitais – tenham sido centrais na agenda do movimento operário, ou motor sustentado de movimentos sociais. Essa correlação só pode ser pertinente quando os problemas da enfermidade se diluem em outros problemas – a longa luta pela redução da jornada de trabalho, pelas condições do ambiente de trabalho e pelos esforços organizadores de ajuda mútua de origem étnica ou trabalhista –, ou quando determinada patologia está associada a certas ocupações – como é o caso das assim chamadas enfermidades profissionais. Fora desses cenários, o protagonismo limitado mas real dos enfermos ou dos que podem vir a adoecer não deve sugerir que se trata de atores influentes na gestação e na modelagem das políticas de saúde pública.

Em síntese, em períodos de incertezas biomédicas a respeito de uma determinada enfermidade, as ações individuais ou coletivas dos enfermos revelam não apenas quão densas são as relações entre os que querem curar e os que precisam curar-se, como também que uma novidade terapêutica, como uma vacina, condensa uma trama de problemas sociais e culturais que ultrapassa de longe as questões de sua maior ou menor eficácia ou inocuidade, tal como percebidas pelo conhecimento, pelas práticas ou pelo discurso médicos.

Na longa espera por uma cura eficaz, os enfermos confrontaram as ofertas terapêuticas, quaisquer que fossem suas origens – dos médicos do *establishment* aos cientistas com credenciais questionadas, aos curandeiros e à medicina caseira – levados pela necessidade ou pelo desejo de crer que era possível vencer a tuberculose. Assim, como em tantos outros terrenos da experiência humana, o problema das crenças impregnou as relações entre a enfermidade, a sociedade e os indivíduos. As vicissitudes que acompanharam a vacina Pueyo ilustram esse mundo de verdades ambíguas e desejos e advertem, uma vez mais, que qualquer tentativa de discutir a enfermidade e sua história não pode ignorar o velho, enigmático e fugidio problema do crer.

Notas

[1] Discuto essas tendências historiográficas em mais detalhes em Armus (2000) e em Armus (2003).

[2] Para uma discussão preliminar desses casos, ver Armus (1999, 2001).

[3] Essa restrita síntese não faz justiça à prolífica, inspiradora e densa produção de Michel Foucault e às mudanças que essa produção registra no tempo. Como de hábito, é nos seguidores desses modelos interpretativos que suas limitações se tornam mais evidentes. Ver, por exemplo, Armstrong (1983).

Periódicos

Ahora· Buenos Aires, 1940, 1941, 1942.

Crítica. Buenos Aires, 21 out., 1940, 28 out., 1940, 8 nov., 1940, 29 nov., 1940, 4 dez., 1940, 3 jan., 1941, 2 jul., 1941, 14 out., 1941, 2 nov., 1941, 17 nov., 1941, 25 dez., 1941, 12 jan., 1942.

La Doble Cruz. Buenos Aires, 1937, II(8); 1938, II, 10.

El Obrero Panadero. Buenos Aires, 16 out., 1894, 9 out., 1897, 5 abr., 1900, 1 ago., 1911, mar., 1913, abr., 1913, ago., 1913, fev., 1921, mai., 1926, jan., 1928, mar., 1936.

Idea Hospitalaria. Buenos Aires, 6 jul., 1922.

La Prensa Médica Argentina. Buenos Aires, 1938, XXIV; 1941, XXVIII.

La Prensa. Buenos Aires, 26 abr., 1901, 2 e 3 mai., 1901, 10 jul., 1901, 15 jul., 1901.

La Razón. Buenos Aires, 19 mar., 1920.

La Semana Médica. Buenos Aires, 9 out., 1919, 3 nov., 1932, 12 jul., 1934, 9 ago., 1934, 2 fev., 1939, 5 jun., 1941.

La Vanguardia. Buenos Aires, 19 jun., 1897, 13 mar., 1912, 28 ago., 1914, 9 jun., 1918, 16 jun., 1918, 17 jun., 1918, 11 ago., 1918, 23 jun., 1918, 28 dez., 1919, 29 dez., 1919, 4 jan., 1920, 6 abr., 1920, 13 jan., 1920, 16 jan., 1920, 16 fev., 1920, 12 abr., 1920, 12 fev., 1922, 7 abr., 1922, 11 abr., 1922, 15 ago., 1922, 6 out., 1922, 22 out., 1922, 23 out., 1922, 29 out., 1922, 31 nov., 1922, 12 dez., 1922, 17 fev., 1923, 20 out., 1923, 14 jan., 1924, 9 mar., 1924, 28 jun., 1924, 26 jul., 1924, 24 out., 1924, 3 fev., 1925.

Revista de Medicina Legal y Jurisprudencia Médica. Buenos Aires, II, 1936.

Revista del Centro de Estudiantes de Medicina de Buenos Aires. Buenos Aires, 23 out., 1922.

Revista Médica. Buenos Aires, 1935, XXIII.

Viva Cien Años. Buenos Aires, 1941, IX, XI, XV.

Referências Bibliográficas

ARCHIVOS ARGENTINOS DE TISIOLOGÍA, 1947, XXIII.

ARMSTRONG, D. *Political Anatomy of the Body: medical knowledge in Britain in the Twentieth century*. Cambridge: Cambridge University Press, 1983.

ARMUS, D. De 'médicos dictadores' y 'pacientes sometidos': los tuberculosos en acción, Argentina, 1920-1940. *Allpanchis*, 53, 1999.

ARMUS, D. La enfermedad en la historiografía de América Latina Moderna. *Cuadernos de Historia*, 3:7-25, 2000.

ARMUS, D. Cuando los enfermos hacen huelga: Argentina, 1900-1940. *Estudios Sociales. Revista Universitaria Semestral* (Paraná, Argentina), XI(20), 2001.

ARMUS, D. *The Years of Tuberculosis: disease, culture and society in Buenos Aires, 1870-1950*. Durham & London: Duke University Press, no prelo.

ARMUS, D. Disease in the historiography of modern Latin America. In: ARMUS, D. (Ed.) *Disease in the History of Modern Latin America: from malaria to Aids*. Durham & London: Duke University Press, 2003. p.1-24.

CETRÁNGOLO, A. *Treinta Años Curando Tuberculosos*. Buenos Aires: Hachette, 1945.

GOFFMAN, E. *Asylums: essays on the social situation of mental patients and other inmates*. New York: Doubleday, 1961.

MURAT, U. P. de. *El Balcón hacia la Muerte*. Buenos Aires: Lautaro, 1943.

PUEYO, J. *La Burocracia de la Medicina contra los Tuberculosos: síntesis documentada y antecedentes reales de mi vacuna antituberculosa (Yo Acuso)*. Buenos Aires: Editorial Científica, 1942.

SÚNICO, F. *La Tuberculosis en las Sierras de Córdoba*. Buenos Aires: s.n., 1922.

VITÓN, J. J. *Lo que Todo Tuberculoso Debe Saber: anotaciones y consejos que ayudan a curar la tuberculosis y enseñan a evitarla*. Buenos Aires: s.n., 1928.

Controle do instincto sexual

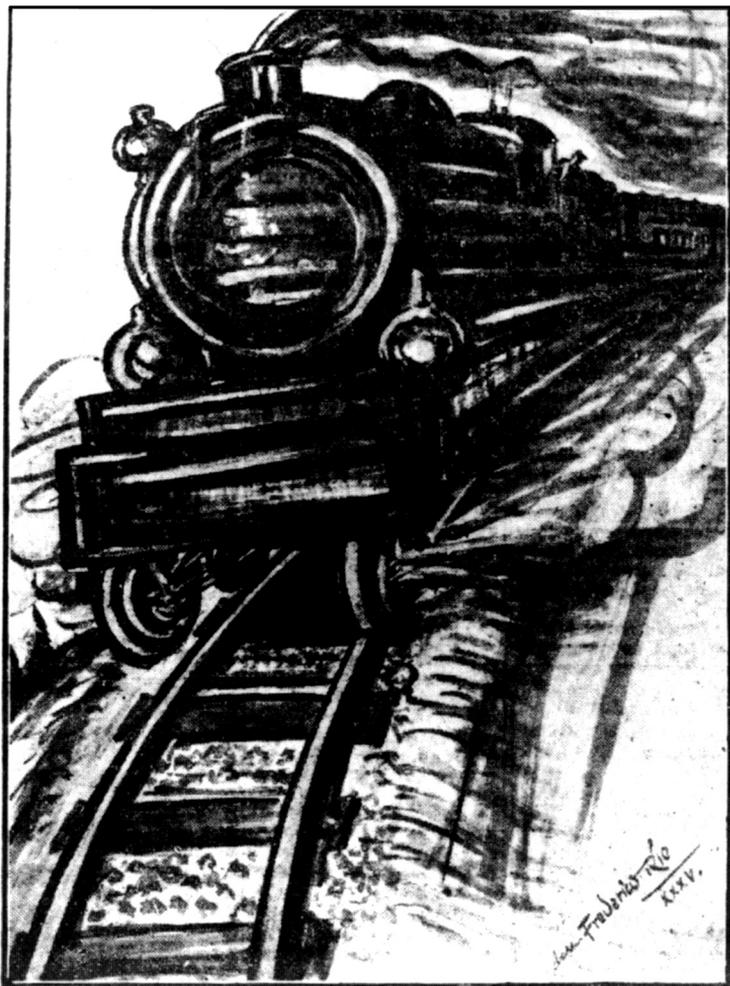



Ilustração do Boletim de Educação Sexual, fevereiro de 1938. Acervo da Biblioteca Nacional, Rio de Janeiro.

Estratégias anticoloniais: sífilis, raça e identidade nacional no Brasil do entre-guerras

Sérgio Carrara

Em artigo de 1991, os historiadores Nancy Stepan e Sander Gilman analisaram o modo pelo qual intelectuais americanos, negros e judeus, procuraram responder ao racismo científico imperante nas primeiras décadas do século XX (Stepan & Gilman, 1993). Eles chamaram a atenção sobretudo para a complexidade desse processo, uma vez que tais minorias 'raciais' não podiam negar inteiramente as teorias, os métodos e o estilo de uma ciência cujas conclusões estigmatizantes elas também não podiam aceitar. O presente artigo procura contribuir para o estudo da 'engenharia' simbólica por meio da qual cientistas identificados a grupos sociais estigmatizados ou a nações periféricas reagiram às teorias científicas que os estigmatizavam ou inferiorizavam.[1]

Antes de mais nada, gostaria, entretanto, de fazer duas observações. Em primeiro lugar, categorias como 'sífilis' ou entidades como 'Brasil', para não mencionar 'comportamento sexual brasileiro' ou 'raça brasileira', não são aqui tomados como dados. Do meu ponto de vista, tais termos não podem servir como pontos de partida seguros para qualquer tipo de análise. Ao contrário, devem ser considerados como produtos sócio-históricos que, de modo simultâneo, constroem-se ou instituem-se mutuamente. Desse ponto de vista, este artigo não é sobre sífilis e sexo 'no' Brasil, ou mesmo sobre a construção social da sexualidade e da raça 'no' Brasil. Trata-se aqui de analisar a construção sócio-histórica do Brasil através da sífilis, do sexo, da raça e vice-versa. Em outras palavras, meu trabalho é sobre sífilis, sexualidade, raça 'e' o Brasil ou a brasilidade.

Em segundo lugar, o uso que faço aqui de oposições conceituais como 'metrópole' *versus* 'colônia' ou 'centro' *versus* 'periferia' não implica a adoção de uma abordagem difusionista para a análise do mundo científico e de seus fluxos.[2] Geralmente, nos quadros do modelo difusionista, a ciência é vista como autóctone, orgânica e dinâmica nas nações centrais ou metropolitanas e imposta, artificial e estagnada no mundo periférico ou colonial. Entre outras tantas coisas, essa abordagem esconde o fato de não haver fronteiras sociais e/ou simbólicas muito claras entre centro e periferia. Do meu ponto de vista, tais conceitos são apenas formas de denominar os pólos ideais em um campo social bastante hierárquico, conflituoso e instável, onde indivíduos e grupos têm acesso variável a recursos, a poder e a prestígio (Bourdieu, 1975). Para os que se situam no topo dessa hierarquia, os que estão abaixo são simultaneamente fonte de legitimidade e ameaça potencial à sua superioridade. Para os que se colocam em

posições menos prestigiosas, os que estão acima são simultaneamente fonte de prestígio, mas também de subordinação.

Como procurarei mostrar, durante as décadas de 1920 e 1930, a mudança nas idéias sobre a sífilis no Brasil e sobre o comportamento sexual do brasileiro deve ser compreendida no contexto de um processo muito mais amplo através do qual uma emergente *intelligentsia* tentava construir uma identidade nova e positiva para si mesma e para a nação. Mobilizando táticas muito similares às que, nos Estados Unidos, os intelectuais negros, judeus e mulheres utilizavam em sua reação ao racismo e ao sexismo científico, os cientistas brasileiros da primeira metade do século XX ajudaram a reformular algumas das mais bem estabelecidas idéias sobre o Brasil, os trópicos, a sífilis e as diferenças entre as raças humanas. E, mesmo quando aparentemente incorporavam tais idéias, eles alteravam profundamente seu significado, atribuindo-lhes outros valores. Por meio desse processo, os cientistas brasileiros tentavam tornar possível, ou pelo menos concebível, o reposicionamento de seu país e deles próprios no então chamado 'concerto das nações'.

As pretensões da elite intelectual brasileira do entre-guerras foram impulsionadas por um contexto local e internacional muito específico. De um lado, desde o início do século XX, o Brasil experimentava grande expansão econômica e notável transformação social no âmbito do novo regime republicano. Tal processo deu lugar ao aparecimento de uma classe média urbana, composta por profissionais fortemente influenciados pelos ideais de progresso e modernização. De suas fileiras, emergia uma nova geração de intelectuais que, no entre-guerras, iria consolidar importantes instituições científicas, sobretudo na área das ciências biomédicas. De outro lado, depois do trauma da Primeira Grande Guerra, parte da intelligentsia européia não parecia mais tão segura de si mesma ou do valor de sua 'civilização'. Simultaneamente à crítica sistemática ao evolucionismo e ao racismo que caracterizaram o século XIX, essa 'insegurança' parece ter levado a uma certa valorização daqueles que ocupavam tradicionalmente o papel dos 'outros' em relação aos europeus: os 'primitivos', os 'colonizados', os 'incivilizados', os 'populares'. A 'crise espiritual' européia dos anos 1920 abria, assim, uma espécie de fratura ideológica através da qual as elites intelectuais brasileiras puderam encontrar lá fora suporte intelectual para legitimar seu projeto modernizador e civilizatório, passando a ver o país como algo mais que uma problemática extensão da Europa nos trópicos.

Porém, contrariando as esperanças progressistas mobilizadas naquele momento, o país permaneceria preso a uma posição subordinada no contexto do mundo neocolonial. A despeito de seus esforços inovadores, as elites intelectuais brasileiras de então continuariam (como ainda continuam), de um modo geral, dependentes das teorias, idéias e estilos científicos produzidos nos velhos ou novos centros metropolitanos. De fato, como veremos, a maior parte do tempo elas se moviam ao longo de uma estreita e perigosa senda aberta em meio às tensões instauradas por uma clássica relação de *double-bind*: para transformarem a identidade nacional e sua posição subalterna no cenário internacional, tinham que se opor a certas idéias e teorias produzidas pelas elites metropolitanas, das quais, entretanto, não podiam discordar, pois delas emanava em larga medida seu prestígio.[3]

"Uma Pequena Dose de Sífilis..."

Em *Calabar*, um dos personagens declara, referindo-se aos brasileiros: "Todos nós herdamos no sangue lusitano um boa dosagem de lirismo. Além da sífilis, é claro".[4] O interessante nessa idéia não é o fato de que nela a doença venérea esteja relacionada a sentimentos nacionalistas ou a uma identidade nacional. Considerada doença do 'outro', do 'estrangeiro', do 'inimigo', desde a sua identificação em finais do século XV, a sífilis sempre esteve intimamente conectada a disputas sobre a definição simbólica de fronteiras étnicas e nacionais. Espécie de símbolo natural para comportamentos sexualmente excessivos, desordenados, imorais ou pecaminosos, a sífilis era uma doença terrivelmente estigmatizante, e nenhum povo ou nação aceitava de bom grado ser apontado como seu berço. Como dizia um sifilógrafo brasileiro na década de 20: "A sífilis ninguém a quer, nem como hóspede, nem como vizinha e muito menos como patrimônio histórico ou de família. A sua vida de indesejável, negada por toda a parte, apresenta, já por si, um embaraço para a fixação de sua história através dos séculos" (Almeida, 1925:III). A verdade contida nessa afirmação pode ser atestada pela pletora de nomes etnicamente referenciados atribuídos à doença. A sífilis foi também conhecida como 'mal-americano', 'mal-canadense', 'mal-céltico', 'mal-de-nápoles' ou 'mal-napolitano', 'mal-dos-cristãos', 'mal-escocês', 'mal-francês', 'mal-germânico', 'mal-ilírico', 'mal-gálico', 'mal-polaco', 'mal-turco', 'mal-português'. E nisso o Brasil não

foi exceção. Não pelo menos até o final do século XIX, quando se utilizava para denominar a doença sobretudo a expressão 'mal-gálico', ou simplesmente 'gálico'. Com isso se queria dizer que o mal havia sido trazido à colônia portuguesa pelos piratas franceses, ou seja, pelos inimigos tradicionais dos portugueses. Portanto, o mais interessante aspecto da referência que à sífilis fazem Chico Buarque e Ruy Guerra em *Calabar* parece estar no fato de que, em determinado ponto de sua trajetória, a sífilis passou a ser de algum modo considerada como uma herança portuguesa, como a doença dos fundadores do país, e não a de seus inimigos ou a dos povos que estavam sendo aqui subjugados. Qual teria sido o processo pelo qual essa afirmação se transformou em *matter of fact*, em um suposto na história do país?

A idéia de que todo brasileiro tinha um 'pouquinho' de sífilis fazia parte do senso comum até meados do século XX. Diferentes médicos e cronistas, nativos ou estrangeiros, que escreveram sobre o Brasil colonial e imperial consideraram a sífilis[5] como a mais difundida das doenças, e esta alta prevalência nada mais seria do que o signo visível da lubricidade e da permissividade que caracterizariam os habitantes do país.

Para mostrar quão poderosa era essa representação, basta citar dois médicos brasileiros e um outro português. O primeiro deles é Juliano Moreira, médico que começou sua carreira como dermatologista e que viria a se notabilizar como um dos mais importantes psiquiatras brasileiros da primeira metade do século XIX. Para ele, como revelava explicitamente em 1899, o Brasil parecia ser a morada ideal da sífilis, pois seria comum se dizer "em família", diante de qualquer afecção: "isto é gálico". Tanto o vulgo quanto os médicos tinham a tendência, segundo dizia Moreira, a exagerar o "círculo do qualificativo", "batizando" de sífilis "a mais banal das dermatoses parasitárias, o mais trivial dos acnes, a mais genuína blefarite, a mais simples das conjuntivites". Segundo relatava, era "comum" se ouvir dizer: "pois há brasileiro que não tenha a sua tara sifilítica?" (Moreira, 1899:113). O segundo médico brasileiro é Cláudio de Souza, que iniciou sua carreira nas hostes da luta antivenérea para logo se consagrar como teatrólogo e literato.[6] Para ele, conforme escreveu em 1909: "Sobre a sífilis e as moléstias venéreas, quase não há necessidade de estatísticas no Brasil, podendo-se contar o número de vítimas, aproximadamente pelo número de brasileiros. É uma exageração? De modo algum..." (Souza, 1909:6). Já o médico português escreveu em 1934: "Nós portugueses fomos muito atingidos. Antigamente, pelas grandes viagens que fizemos, tanto para o Oriente, quanto para a América do Sul; nos últimos tempos, pela nossa grande emigração

para o Brasil. Ali, a sífilis é tão freqüente que, entre nós, pode dizer-se que quem viveu algum tempo nesse país, é sifilítico com certeza" (Faro, 1934:184). Se, como diz a historiadora Laura de Melo e Souza (1993), o Brasil nasceu sob o signo do demônio, terra do pecado, só podia ser também a terra da sífilis.

Diante disso, o que torna interessante a citação de *Calabar* é que, ao colocar no mesmo plano o lirismo e a sífilis, ambos introduzidos na 'corrente sangüínea' do brasileiro pelos colonizadores europeus, assume-se um tom irônico, de indiferença *blasée* em relação à doença. Como se pode entender esse processo que fez da sífilis – tradicionalmente a doença do 'outro' e símbolo de permissividade sexual – uma doença 'nossa', quase um símbolo de distinção nacional? No que se segue, estará em causa esse intrigante quebra-cabeças relacionando sífilis, sexualidade e nacionalidade que, em seu diálogo explícito ou implícito com as elites intelectuais metropolitanas, os cientistas e intelectuais brasileiros montaram na primeira metade do século XX.

De Fato, uma Triste Paisagem...

Qual era a representação mais geral que as elites brasileiras e européias tinham sobre o Brasil e os brasileiros durante o século XIX até os anos 1920? Acadêmicos importantes que haviam escrito sobre o país em particular e sobre os trópicos em geral já haviam pronunciado seu veredicto.[7] Os brasileiros deveriam ser considerados degenerados, tanto moral quanto racialmente, estando o acesso ao 'mundo civilizado' permanentemente fora de seu alcance. Até o início do século XX, uma conjunção única de fatores climáticos e raciais era mobilizada para explicar a inferioridade racial e moral dos brasileiros. Na passagem do século, muitos médicos ainda acreditavam que os climas quentes favoreciam a licenciosidade e a decadência física. Para muitos, o calor trazia uma puberdade precoce, despertando poderosos impulsos sexuais. Para alguns, o calor podia até mesmo fazer aparecer o que era então conhecido como 'frenesi tropical' (*tropical frenzy*). Assim, por exemplo, o influente sexologista alemão Iwan Bloch escrevia no início do século XX, em seu monumental tratado *The Sexual Life of Our Time*:

> Devido talvez ao intenso calor, seguem-se distúrbios do metabolismo e, pela formação de toxinas, o sistema nervoso central e a psique são prejudicados e, assim, há uma 'insanidade tropical' induzida, uma

impulsividade mórbida associada a uma total perda de entendimento dos princípios éticos e morais comuns. (Bloch, 1913:556)[8]

Para ele, o calor tropical poderia produzir "um grau mais intenso de nervosismo e irritação com o qual a depravação sexual está com muita freqüência associada" (Bloch, 1935:62).[9]

Além do clima tropical, a composição racial da população brasileira e, mais importante ainda, a miscigenação racial eram também outros importantes fatores explicativos para a sua alegada inferioridade biológica e moral. Para começar, os índios sul-americanos eram classificados entre os mais 'primitivos' povos da terra, e a suposta promiscuidade sexual dos 'primitivos' era amplamente aceita pela *intelligentsia* da Europa e da América na passagem do século. Muitos acreditavam que entre os 'primitivos', como também escrevia Bloch, "a manifestação da sexualidade pode não ter diferido em entendimento daquela dos animais estreitamente relacionados com eles" (Bloch, 1935:25). Mesmo para o muito mais cuidadoso sexologista inglês Havelock Ellis, "o processo pelo qual as pessoal adquirem o senso de responsabilidade pessoal é lento, e talvez não possa, simplesmente, ser adequadamente adquirido pelas raças às quais falte um alto grau de organização nervosa" (Ellis, 1921:406).[10]

Mais do que sexualmente promíscuos (e obviamente por isso mesmo), os índios americanos deviam ser considerados como os reservatórios originais da infecção venérea. Como seus colegas europeus, ao longo do século XIX vários médicos brasileiros acreditavam que a sífilis era nativa das Américas, tendo sido introduzida na Europa viajando clandestinamente nas naus de Colombo. Em seu tratado sobre o clima e as doenças do Brasil de 1844, o influente professor de medicina franco-brasileiro José Francisco Xavier Sigaud escrevia que o "a sífilis existiu em todas as épocas no país e é hoje doença predominante" (apud Araújo, 1928:17). É verdade que, no mesmo período, outros médicos diziam que os europeus, particularmente os espanhóis, querendo desculpar o seu "procedimento com os desgraçados americanos", fizeram "acreditar ao povo e mesmo a um avultado número de facultativos ilustres que a pura, a inocente América, ignorando torpezas, ornada dos costumes os mais simples, havia comunicado sífilis à já tão corrupta e voluptuosa Europa" (Lima, 1849:2). Mas, a partir da virada do século, a idéia de a sífilis ter se originado nas Américas conquistaria definitivamente os círculos científicos e continuaria sendo aceita até bem recentemente.[11]

Como os índios, os negros eram também vistos como 'primitivos' e, portanto, como mais um problema. No começo do século XIX, o médico francês Julien Joseph Virey escrevia que "todos os africanos da zona ardente parece que trazem nas veias o fogo da lubricidade" (Virey, 1836:54).[12] Com base na conjugação de determinantes climáticos e raciais, Virey chegava mesmo a dar crédito à idéia de o mal venéreo ter se originado na África. Conforme escreveu em uma passagem que deve ser lida como um dos mais repugnantes exemplos do racismo e do sexismo científicos do século XIX:

> Sabem todos que nos climas quentes principalmente, sendo o suor contínuo, ele adquire um grau de mau cheiro, nos negros por exemplo, que se sente de longe. Ora, figuremos estes negros imundos e sórdidos, como são no estado selvagem, dando-se à lubricidade com negras ainda mais imundas que eles, saindo de seus mênstruos e desprezando o cuidado de se lavarem. Além das matérias sebosas que a glande secreta sob o prepúcio do homem e cuja acrimônia e acumulação deu ocasião à necessidade da circuncisão, além das que se ajuntam entre as longas ninfas dessas negras e exalam pútridos miasmas, têm-se as crostas do sangue das regras ou as das flores brancas e de outras evacuações pela vagina que fizeram com que se considerasse em todos os tempos a mulher como impura no tempo da menstruação. Nos países ardentes, onde a putrefação tem lugar com rapidez, será certo que estas matérias acres tenham causado irritações, evacuações purulentas nas membranas mucosas da vagina e da uretra? Ninguém o pode duvidar. (Virey, 1836:84-85)

Quase um século depois, o sexologista alemão Iwan Bloch escreveria que "entre as raças negras, na verdade, tudo gira em torno da questão do prazer sexual" (Bloch, 1913:467-468). Ainda que em muito menor grau, mesmo os povos de raça latina, neolatinos como os portugueses, eram também conhecidos por seu ardor sexual. Como dizia o higienista brasileiro Afrânio Peixoto em 1913, a abstinência sexual é "prática de higiene e moral, tão infringida, que é quase ridícula sua observância entre os povos latinos" (Peixoto, 1913:99).

Para fazer as coisas ainda piores, no Brasil todas essas raças haviam se misturado em alguma medida, formando uma vasta população de 'híbridos', considerados por muitos médicos e eugenistas como ainda mais 'fracos' e biologicamente ainda mais inferiores do que qualquer representante 'puro' das raças originais das quais eles descendiam. Mesmo tendo aparecido na passagem do século, a idéia de a miscigenação poder salvar a

raça brasileira por meio de um processo de progressivo branqueamento só se tornaria hegemônica depois dos anos 1920 (Skidmore, 1990). Até lá, a maioria dos intelectuais brasileiros guardava os mesmos medos em relação à miscigenação que marcaram a eugenia anglo-americana, e concordariam de bom grado com o eugenista americano Michael Guyer que, em 1916, escrevia: "não importa quão superiores sejam as linhagens originais, há um grande risco na miscigenação de raças distintamente não relacionadas" (apud Kevles, 1995:75).[13]

A Redenção Possível

Essa era em largos traços a representação usualmente mobilizada por aqueles que queriam explicar a degeneração racial brasileira, o atraso econômico do país e, particularmente, a decadência moral de seu povo quando comparado aos europeus. Tais explicações davam poucas chances para um processo de desenvolvimento a curto prazo. Porém, principalmente depois da Primeira Grande Guerra, intelectuais brasileiros, em especial os médicos, começaram a reagir sistematicamente contra esse cenário pessimista, ou, pelo menos, começaram a atribuir novos significados a alguns de seus elementos. Eles reagiam baseados nos resultados de seu próprio trabalho científico, mas também nos resultados do trabalho de alguns de seus colegas europeus e norte-americanos, como Franz Boas, Havelock Ellis e Edward Westermarck, cujas objeções a teorias racistas ou a idéias evolucionistas e discriminadoras em relação aos 'povos primitivos' tornavam-se mais audíveis no pós-guerra.

No seu trabalho sobre a medicina brasileira, a historiadora Nancy Stepan (1990) escreveu que, a partir dos anos 1920, os médicos brasileiros exibiam um tipo de 'otimismo realista' em relação à viabilidade do país. Considero apropriada essa caracterização de sua atitude e penso que ela poderia também ser aplicada a influentes historiadores, antropólogos e sociólogos de então. Como veremos, sem negarem que os brasileiros eram biologicamente inferiores (este o lado 'realista' de seu pensamento), eles desafiavam as alegadas causas de tal inferioridade, abrindo a possibilidade para uma 'redenção' mais rápida e segura (esta a dimensão 'nacionalista' de suas idéias). De fato, alguns iriam mais longe, procurando transformar as alegadas fraquezas do país na fonte de sua força.

Em primeiro lugar, a explicação climática para a decadência moral foi criticada e descartada. Em 1922, por exemplo, um editorial da *Folha*

Médica dedicado à educação sexual combatia tal hipótese. Conforme o editorialista, "se os raios de sol trazem mais calor, em compensação o metabolismo básico é menor" (*Folha Médica*, 1922:279). A maior excitabilidade nervosa que poderia existir no Brasil começava então a ser explicada sobretudo pela "falta de treino no domínio de si próprio", que caracterizaria o brasileiro, principalmente quando comparado ao anglo-saxão. Era, portanto, um problema solucionável por meio de uma intervenção educativa e sanitária bem orientada. Assim, conforme exortava o mesmo editorial, "precisamos repudiar de uma vez por todas essa concepção desmoralizadora, segundo a qual estamos condenados a vegetar nas formas inferiores de civilização" (*Folha Médica*, 1922:279). Alguns anos mais tarde, com base em dados biométricos produzidos por cientistas portugueses sobre os descendentes de portugueses em Goa, o eugenista e antropólogo brasileiro Edgar Roquette-Pinto[14] procurava desmentir a alegada degeneração racial dos brancos nos trópicos. Para ele, "a demografia provou não haver [entre eles] nem diminuição nas taxas de natalidade, nem diminuição da expectativa de vida, nem sinais de degeneração física" (Roquette-Pinto, 1978).

Durante os anos 20, os efeitos degenerativos da miscigenação eram também sistematicamente criticados pelos cientistas brasileiros. Roquette-Pinto foi um dos mais eloqüentes defensores da idéia de que a inferioridade da raça brasileira era devida à ignorância, e não à miscigenação. Como notou Nancy Stepan, no Primeiro Congresso Brasileiro de Eugenia, em 1929: "Invertendo o uso dado por Charles Davenport à genética mendeliana para alertar contra a miscigenação racial nos Estados Unidos, Roquette-Pinto argumentou que os cruzamentos mendelianos entre brancos e negros eram normais e saudáveis" (Stepan, 1996:161). Para o antropólogo, a miscigenação seria danosa apenas quando feita ao azar, sem orientação eugênica e higiênica, sem educação e fora da organização familiar (Roquette-Pinto, 1978:23). Essa passava também a ser a opinião predominante entre os médicos, especialmente entre os que estavam ligados à Faculdade do Rio de Janeiro, a mais importante escola médica do país à época, que passavam a buscar "sua originalidade e identidade na descoberta de doenças tropicais" (Schwarcz, 1993:190).[15]

Cientistas brasileiros começaram também a criticar a teoria da imoralidade das raças não-brancas. O sifilógrafo Oscar da Silva Araújo opunha-se explicitamente a vários autores norte-americanos que continuavam a acreditar que a sífilis era muito mais freqüente entre os negros,

dada a precocidade da sua vida sexual (Araújo, 1928). E colocava em descrédito a opinião de seu colega baiano, Egas Moniz de Aragão, que teria mesmo utilizado, como critério para provar a "lubricidade simiesca sem limites" (Araújo, 1928:15) dos negros brasileiros, conforme qualificava, a grande incidência do cancro extragenital entre eles.[16] Geralmente, o surgimento de cancros sifilíticos extragenitais (nos lábios, ânus, mãos etc.) fazia suspeitar de práticas sexuais não convencionais, pois a ferida surgia no local em que o *Treponema* entrara no organismo. Como se julgava freqüentemente que a procura dos 'prazeres perversos', ou seja, a transgressão das normas sexuais, fosse geralmente ocasionada pelo abuso dos atos sexuais considerados normais e a conseqüente extenuação do prazer obtido por meio deles, concluía-se que a incidência dos cancros extragenitais era um bom índice para se medir o excesso sexual de um indivíduo ou de um grupo social. A incidência da homossexualidade em determinada população também podia ser interpretada do mesmo modo. Oscar da Silva Araújo (1928) criticava veementemente as opiniões 'exageradas' de Moniz de Aragão. Segundo ele, desde finais do século XIX, as estatísticas do Rio de Janeiro apontavam que a maioria dos cancros extragenitais se verificava justamente em indivíduos brancos, sobretudo portugueses. Se havia, portanto, 'hiperestésicos sexuais', eles teriam vindo da população branca ou quase branca do Hemisfério Norte, que, como veremos a seguir, no mesmo momento passava também a ser considerada a verdadeira introdutora da infecção sifilítica no Brasil.

Os médicos brasileiros procuravam mostrar também que a Europa é que devia ser considerada o reservatório de onde a sífilis teria sido transportada para o país. Para o mais celebrado especialista brasileiro em sífilis dos anos 20 e 30, Eduardo Rabelo, embora de origem americana, como queriam sobretudo os especialistas europeus, a sífilis não seria conhecida no Brasil antes da chamada Descoberta. Ou, como dizia em 1918 em tom fortemente nacionalista, ela havia sido "mal grado nosso, implantada em nosso solo virgem e transmitida à nossa raça sadia" (Rabelo, 1921:325). Para Rabelo, não parecia haver dúvida quanto ao fato de a sífilis ser originária das Grandes Antilhas e de ter sido levada à Europa por Colombo, como queriam então os mestres franceses. Em artigo de 1925, dizia ele:

> Assim depõem, para bem dizer, todos os escritores da época; cronistas, historiógrafos, amigos ou inimigos dos índios e, principalmente, os médicos que a partir da data da volta de Colombo, começaram a

> descrever com impressionante unanimidade o 'morbus novus', 'inauditus', 'ignotus' que, passando da América à Espanha, assolou a França e a Itália sob aspecto francamente epidêmico, tal como ainda hoje vemos a sífilis se propagar em certas possessões européias de além-mar, ainda indenes. Tanto era desconhecida que lhe não sabiam o nome e foi sendo mal espanhol, francês, napolitano, até que do poema de Fracastor se derivou a atual denominação. (Rabelo, 1925:325)

Porém, não podia ser brasileira. E, para prová-lo, o sifilógrafo se voltava para os cronistas do século XVI e para os testemunhos sobre os povos indígenas brasileiros ainda isolados que começavam então a ser produzidos de forma mais sistemática. Para ele, todos os nossos cronistas de primeira hora haviam tecido "universais gabos à pele dos índios" (Rabelo, 1925:326). Apenas os cronistas da segunda metade do século XVI (André de Thévet, Jean de Léry, Gabriel Soares de Sousa) e observadores posteriores teriam se referido à incidência de males que se poderiam considerar manifestações sifilíticas ou boubáticas entre as populações indígenas, já em contato regular com europeus e africanos.[17] Além disso, observadores então contemporâneos que penetravam os sertões, como Rondon, Murilo de Campos, Olímpio da Fonseca Filho e Roquette-Pinto, atestavam que populações indígenas ainda isoladas eram indenes à sífilis.

Também nos anos 1920, a inexistência da sífilis no Brasil pré-cabralino começava a ser intensamente defendida por Oscar da Silva Araújo. Em longa e fundamentada exposição, ele retoma as fontes sobre as quais se baseavam os que até então mantinham opinião contrária (Araújo, 1928). O eminente professor Sigaud, escrevendo em meados do século XIX, apoiava-se em relato setecentista do viajante português Ribeiro de Sampaio para defender a hipótese americana.[18] Tal relato era sem dúvida estratégico, por tratar justamente da região do Rio Negro, no norte do país, mais próxima, portanto, das Antilhas, ou seja, do suposto berço da doença. Citando Sampaio, Araújo mostra que os sintomas por ele descritos só teriam podido ser considerados sifilíticos por Sigaud devido ao fato de ainda não se ter distinguido em meados do século XIX a sífilis de outras dermatoses e doenças venéreas. Assim, o mais provável parecia ter sido a introdução da sífilis apenas depois da chegada dos portugueses, quer fosse por meio dos novos contatos intra-americanos, ou, mais provavelmente, 'de torna viagem', como dizia Rabelo, com os colonos europeus.

É certo que outros sifilógrafos do período, como Teófilo de Almeida, negavam *in totum* a origem americana da doença. Nesse ponto, como

ironizava em 1925, estava de acordo com os pesquisadores norte-americanos que "renunciam essa reivindicação que se faz para América, de ser o berço da sífilis, inda mesmo que esse berço sejam as Antilhas" (Almeida, 1925:III). De todo modo, difunde-se rapidamente no meio médico brasileiro uma solução de compromisso segundo a qual a sífilis teria ido da América à Europa e desta ao Brasil, trazida pelos europeus, especialmente pelos franceses e pelos degredados portugueses (Araújo, 1928).

A partir daí, os portugueses começaram então a ser responsabilizados não apenas pelo supostamente excessivo comportamento sexual dos brasileiros, mas também por terem introduzido a sífilis no país. Desse modo, a doença que era tradicionalmente do inimigo ou das populações colonizadas – dos 'primitivos' – passava a ser vista no Brasil como a doença dos colonizadores, dos europeus. Como afirmava Oscar da Silva Araújo, no Brasil, melhor do que em qualquer outro lugar do mundo, teria aplicação a máxima segundo a qual 'civilização' seria igual a 'sifilização'. Assim, ao longo dos anos 1920, os cientistas brasileiros conseguiram um feito memorável: defender que a sífilis era simultaneamente de origem americana, como acreditavam as autoridades européias, e uma peste européia, como os brasileiros gostariam que ela fosse.

É importante notar que essa teoria se espalhou rapidamente pela densa rede formada à época por especialistas brasileiros e estrangeiros. Em meados dos anos 1920, ela era adotada pelo diretor da Sociedade Alemã de Luta contra as Doenças Venéreas, Herman Roeschmann, no seu estudo comparativo sobre a luta antivenérea em vários países. Ao discorrer sobre o Brasil, dizia ele:

> No que respeita à origem da sífilis a opinião mais aceita é que tenha sido ela trazida da América do Norte para a Europa na armada de Colombo; para a América do Sul ela foi levada pelos portugueses, ocasião em que houve disseminação entre os habitantes que entraram em contato com os colonizadores, sobretudo entre as populações litorâneas. Os habitantes do interior ficaram por longo tempo completamente indenes. (Roeschmann, 1929:37)

Na França, os resultados da pesquisa desenvolvida por Silva Araújo seriam publicados no *Bulletin de la Société de Pathologie Exotique* (21(3):397, 1928). Em 1930, periódicos americanos como o *Venereal Disease Information* (11(1):20-21), publicação oficial do governo federal, e o *Journal of Social Hygiene* (16(4):241-243), publicado pela Sociedade Americana de Higiene-Social, também iriam divulgar as 'descobertas' dos médicos brasileiros.

Não há dúvida de que os médicos contribuíram de modo significativo para o pensamento social fortemente nacionalista que as elites brasileiras desenvolviam naquele momento. Suas teorias procuravam valorizar a herança não-européia do país, ao invés de considerar as raízes africanas e ameríndias como as fontes de todos os males da nação. E podemos perceber o mesmo movimento em outros campos. Alguns historiadores importantes dos anos 1920-1930, como Paulo Prado (1997) e Sérgio Buarque de Holanda (1976), também iriam afirmar que as fontes da inferioridade brasileira deviam ser procuradas na herança portuguesa ou ibérica. E elas deveriam ser estancadas para que o país pudesse se transformar em uma nação moderna e civilizada. Outros intelectuais, como o psiquiatra-antropólogo Arthur Ramos ou o sociólogo Gilberto Freyre, passariam a pesquisar sistematicamente a 'contribuição' dos negros para uma 'civilização' que começava a ser vista a partir de então como singularmente brasileira, e não mais como uma cópia empobrecida da Europa.

Em *Casa-grande & Senzala*, publicado pela primeira vez em 1933, Gilberto Freyre criticava, como os médicos antes dele, a idéia de que os negros e os índios eram mais libidinosos que os portugueses, em particular, ou os europeus, em geral. Estrategicamente, ele mobilizava para suporte de suas afirmações as teorias de "vários etnólogos e antropólogos modernos, divergindo dos antigos" (Freyre, 1992:100). Freyre referia-se especialmente aos trabalhos de Havelock Ellis, Ernest Crawley e Edward Westermarck.[19] Para ele, eles já haviam estabelecido cientificamente que os defensores da existência de uma 'promiscuidade primitiva' haviam interpretado mal os relatos sobre a realização de danças eróticas em tribos africanas e americanas. Como escreveu Freyre (1992:100), "desempenhando funções de afrodisíaco, de excitante ou de estímulo à atividade sexual, tais danças correspondem à carência e não ao excesso, como a princípio pareceu a muitos e ainda parece a alguns, de lubricidade ou de libido". No pólo oposto, entre os civilizados, "o apetite sexual de ordinário se excita sem grandes provocações" (Freyre, 1992:316). Para o sociólogo, foi sobretudo o sistema escravista o responsável pela corrupção dos costumes de negros e índios, pois, como escreveu, "não há escravidão sem depravação sexual" (Freyre, 1992:316). Baseado exclusivamente no trabalho dos médicos brasileiros, Freyre iria também considerar a sífilis uma 'dádiva' dos lúbricos portugueses. Ele iria mesmo parafrasear os médicos brasileiros que diziam que o Brasil teria se 'sifilizado' muito antes de ter se 'civilizado'.

Assim, para explicar a decadência física e moral do Brasil, os intelectuais começaram então a enfatizar neolamarckianamente a influência de certos fatores ambientais como as doenças, a subnutrição, a ignorância, a pobreza, a imoralidade do meio social, a herança escravista, entre os mais importantes. Todas essas causas, diferentemente de fatores como raça e clima, poderiam ser alteradas mais rápida e eficazmente por meio de uma intervenção esclarecida, permitindo ao país abandonar definitivamente aquelas tais 'formas inferiores de civilização'. Em torno da Primeira Grande Guerra, teorias ambientalistas começavam também a ficar mais populares entre os intelectuais da Europa e da América do Norte (Skidmore, 1990). E, em relação ao racismo científico, os brasileiros podiam então invocar Franz Boas ou Jean Finot para legitimar o seu ponto de vista, como já vinham também fazendo, à mesma época, intelectuais negros norte-americanos (Stepan & Gilman, 1993:187).[20]

Embora acreditando cada vez mais fortemente na possibilidade de 'redenção', os intelectuais brasileiros não desafiavam a idéia de que a raça brasileira devesse ser considerada biologicamente inferior. Eles também mantiveram intocada a idéia de que a sífilis era uma das mais prevalentes doenças no país e o suposto que a fundamentava, ou seja, o mito do comportamento sexualmente excessivo do brasileiro. Quais seriam as razões para isso? Possivelmente, isso se deu porque, magnificando o problema da sífilis, os médicos com sua ciência podiam se apresentar como os 'salvadores da pátria'. O 'problema brasileiro' não seria sem solução, e eles teriam o poder de resgatar a nação. Mesmo assim, isso não esclarece o processo enigmático através do qual atributos negativos – como o excesso sexual e a extrema difusão da sífilis – eram quase valorizados nessa atmosfera de crescente nacionalismo. Do meu ponto de vista, para compreender esse processo, devemos estar atentos para a centralidade do ideal de miscigenação que, depois dos anos 1920, começa a ser considerada pelas elites brasileiras como o passo fundamental para a criação de uma raça única ou unificada, brasileira, quase-branca.[21]

Dada a crença em sua extrema difusão e em suas características hereditárias,[22] a sífilis deslocava o problema racial brasileiro da miscigenação para a patologia sexual. Antes de mais nada, a sífilis oferecia uma explicação para o que anteriormente era visto como conseqüência negativa do cruzamento, rompendo com o caráter quase imutável da degeneração racial brasileira. Essa operação pode ser vista muito claramente em

Casa-grande & Senzala, que não deve ser apenas considerado como a prova indiscutível do impacto das idéias médicas sobre o pensamento social que se construiria depois dos anos 1920, mas também como um momento crucial para a sua reformulação em uma muito mais ousada e otimista síntese. Há inúmeras referências à sífilis em *Casa-grande & Senzala*, e Freyre apóia-se extensamente no trabalho dos médicos brasileiros dos anos 1920. Mas ele iria reformular tais idéias e dar-lhes uma nova função. Como já apontou o antropólogo Richard Parker (1991), a aceitação da idéia de que todo o brasileiro teria no sangue uma dose de sífilis propiciava ganhos secundários importantes. O fato de a doença ser vista como hereditária por várias gerações fazia dela um substituto perfeito da miscigenação. Seus efeitos deletérios sobre a descendência podiam muito bem ter sido confundidos com os da miscigenação.[23] Quanto a isso, escreveu Gilberto Freyre em uma clássica passagem de *Casa-grande & Senzala* que a sífilis e a má nutrição teriam sido as "influências sociais" mais deformadoras da "plástica" e depauperadoras da "energia econômica do mestiço brasileiro" (Freyre, 1992:47). E complementa, chamando a sífilis a ocupar sua nova posição em relação à miscegenação:

> À vantagem da miscigenação correspondeu no Brasil a desvantagem tremenda da sifilização. Começaram juntas, uma a formar o brasileiro – talvez o tipo ideal do homem moderno para os trópicos, europeu com sangue negro ou índio a avivar-lhe a energia; outra, a deformá-lo. Daí certa confusão de responsabilidades; atribuindo muitos à miscigenação o que tem sido obra principalmente da sifilização; responsabilizando-se a raça negra ou ameríndia ou mesmo a portuguesa, cada uma das quais, pura ou sem cruzamento está cansada de produzir exemplares admiráveis de beleza e robustez física, pelo 'feio' e pelo 'bisonho' das nossas populações mestiças mais afetadas de sífilis ou mais roídas de verminose. (Freyre, 1992:47)

Para Freyre, foi o grande mal venéreo adquirido da raça "superior" (as aspas são dele) que desde os primeiro tempos de colonização nos degrada e diminui (Freyre, 1992:317). Como se vê, depois disso, as elites brasileiras somente poderiam respirar aliviadas, pois tudo enfim não passava de sífilis![24] Não é de surpreender, portanto, que a idéia de que todo brasileiro tinha um pouco de sífilis sobreviveria até bem depois dos anos 1920 e 1930.

Quanto à crença no excesso sexual, sua permanência também deve ser entendida à luz da valorização do branqueamento via miscigenação. Ao explicar essa característica dos portugueses, Freyre a ancorava firme-

mente nas necessidades sociais do empreendimento colonial, atribuindo-lhe um papel histórico muito mais positivo. Podemos dizer que, para ele, o excesso sexual deveria ser considerado uma das precondições para o sucesso dos portugueses nos trópicos. De um lado, uma nação tão pequena como Portugal não teria tido outro modo de povoar um tão vasto território. De outro, e ainda mais importante, foi apenas misturando-se a raças mais bem adaptadas aos trópicos que os portugueses puderam encontrar um 'corpo' apropriado sobre o qual imprimir sua cultura européia. Pois, como escreveu Freyre, os brasileiros deveriam ser considerados "talvez o tipo ideal do homem moderno para os trópicos, europeu com sangue negro ou índio a avivar-lhe a energia" (Freyre, 1992:47). Na formulação de Gilberto Freyre, a perda de 'sangue branco' era condição *sine qua non* para que a nova raça brasileira pudesse manter o 'espírito civilizado' nos trópicos. Também em 1933, o antropólogo Edgar Roquette-Pinto (1978) notava que os brancos que se transferiram para as regiões tropicais do planeta e não se misturaram com outras raças logo retornaram à Europa. Apenas a miscigenação poderia plantá-los definitivamente nesses lugares.

Se, incrementando a miscigenação, a permissividade sexual teria tido um papel tão importante no passado, ela continuava sendo crucial para o Brasil moderno, cuja raça ainda estava sendo forjada. A formulação de Gilberto Freyre nos permite imaginar que o excesso sexual não era apenas uma tara a ser eliminada, como muitos médicos sugeriam, mas um aspecto positivo do 'caráter nacional'. O palco, enfim, se preparava para a emergência, ao longo dos anos 1930, de toda uma nova, ambígua e polifônica iconografia nacionalista. A natureza sensual dos brasileiros e seu alegado sangue misturado iriam poder então ser celebrados pelo estrelato de Carmem Miranda, pela popularização do Carnaval, pela mitificação da mulata e pela transformação do samba de caso de polícia em mais autêntica manifestação de brasilidade.[25]

Estratégias Anticoloniais: dentro da armadilha do duplo vínculo

Parece-me que as idéias nacionalistas formuladas pelas elites brasileiras durante a primeira metade do século XX devem ser compreendidas como magnífico exemplo de certas estratégias anticoloniais que, no plano simbólico, são levadas a cabo em meio às tensões inerentes a uma complexa relação de *double-bind*, que geralmente conecta *intelligentsias* 'me-

tropolitanas' e 'periféricas'. Para concluir o presente artigo, procurei examinar tais estratégias de um ponto de vista um pouco mais abstrato.

O primeiro tipo de estratégia que podemos distinguir em ação no material aqui apresentado pode ser batizado de 'reivindicação de exceção'. Ela pode ser vista em prática na controvérsia sobre a origem da sífilis. No interior de uma afirmação mais ampla de que a sífilis havia sido levada da América para a Europa, os médicos brasileiros procuram abrir uma espécie de espaço de exceção, no interior do qual a afirmação inicial é ao mesmo tempo preservada e invertida. Naquele momento, por mais contraditório que possa parecer, a sífilis se torna a um só tempo uma doença brasileira e européia, levada da Europa para a América e da América para a Europa.

Chamo o segundo tipo de estratégia de 'acordo aparente', e ele me parece muito mais complexo que o primeiro. Nesse caso, a formulação científica potencialmente estigmatizante é aceita como uma descrição precisa e autorizada da realidade, mas alguns elementos essenciais são alterados sub-repticiamente, fazendo com que o próprio sentido da formulação original fique comprometido. Às vezes, basta recontextualizar social e ideologicamente a formulação problemática para que ela adquira um novo significado. No nosso caso, por exemplo, quando os intelectuais brasileiros aceitam a idéia de que quase todos os brasileiros seriam sifilíticos, eles não estão apenas reproduzindo uma teoria estigmatizante produzida na metrópole. Ao invés disso, sendo a sífilis um problema sanitário que teoricamente poderia ser resolvido em uma ou duas gerações, ao aceitarem que todos os brasileiros teriam uma 'dose de sífilis', eles estavam de fato negando que o país estivesse votado ao atraso por ter um povo miscigenado. Assim, eles estavam escolhendo o menor de dois males.

Outro modo de alterar o sentido de certos 'fatos científicos' que são, entretanto, aparentemente aceitos é refutar as causas que lhes são atribuídas. Médicos e intelectuais brasileiros continuam a acreditar no suposto excesso sexual brasileiro, mas deslocam suas causas, tirando a ênfase dos atributos climáticos e raciais do país e pondo em relevo um conjunto de causas mais flexíveis, como a falta de educação ou certos costumes tradicionais. Gilberto Freyre talvez tenha sido o intelectual que levou ao limite a estratégia do 'acordo aparente', desdobrando-a no que pode ser classificado como nosso terceiro e último tipo de estratégia ideológica anticolonial. Poderíamos denominá-lo 'subversão valorativa'.[26] Como vimos, Freyre (1992) não aceita simplesmente a descrição da sexualidade dos brasileiros, refutando suas alegadas causas. Aqui, vê-se em operação um movi-

mento muito mais radical de deslocamento de sentido, pois o que Freyre parece contestar são os valores atribuídos a tal fato. Ele aceita o excesso sexual como atributo distintivo dos brasileiros, mas nega que tal atributo seja de todo ruim ou indesejável. Tão importante para ele e para os que queriam branquear a raça brasileira, o processo de hibridação por meio da miscigenação dependia desse excesso. Assim, para Freyre a permissividade sexual deveria ser considerada o meio privilegiado para a construção da nação.

Não parece ser difícil compreender por que todas essas estratégias visando a construir uma identidade nacional mais positiva, reposicionando o país no cenário internacional, estavam fadadas ao fracasso, ao menos a um fracasso relativo. Mesmo tendo sido reelaborados, invertidos ou deslocados, os termos da inferioridade brasileira foram mantidos, e a raça e o sexo continuaram a ser pontos de passagem quase obrigatórios para se entender tal inferioridade. A fragilidade da raça brasileira e a permissividade sexual permaneceram como fatos indiscutíveis e, mais importante, o parâmetro de comparação continuou sendo as 'nações civilizadas'. Enfim, o objetivo era ser tão branco ou europeu quanto possível, senão no corpo, ao menos em espírito.

Essas estratégias anticoloniais desenvolviam-se no âmbito de um jogo cujas regras básicas e objetivos os intelectuais brasileiros não podiam e/ou não queriam nem mudar, nem contestar. E muito provavelmente eles nem imaginavam fazer isso, uma vez que seu prestígio dependia em grande parte de sua adesão ao jogo. Isso não quer dizer que eles em nada tenham contribuído para os debates sobre raça, hereditariedade, sexualidade, sífilis ou sobre a cultura dos 'povos primitivos' que ocorriam simultaneamente nas metrópoles. Lidar com as tensões oriundas de uma relação de *double-bind* requer criatividade, e os brasileiros produziram um corpo de conhecimentos científicos robusto durante esse período. E mesmo que tivessem apenas selecionado e incorporado as teorias anti-racistas e ambientalistas que certos intelectuais metropolitanos divulgavam à época, eles já teriam tido um papel não desprezível na trajetória de tais teorias no pensamento ocidental moderno. Arregimentando um público para tais idéias e as reproduzindo, eles certamente ajudaram a legitimá-las e contribuíram para que seus defensores consolidassem seu prestígio na Europa e na América do Norte. Essa 'ajuda' brasileira e latino-americana teria sido decisiva ou incidental no âmbito do processo histórico através do qual tais teorias iriam se tornar hegemônicas no pós-Segunda Guerra? É uma questão de difícil resposta e deve continuar em aberto, pois uma das regras

fundamentais de qualquer jogo colonial ou pós-colonial é, justamente, esconder sempre o quanto de fato os 'centros' dependem de suas 'periferias'.

Notas

[1] Procuro, aqui, desenvolver análises prévias sobre as relações entre sexualidade, doença e identidade nacional brasileira (Carrara, 1996, 1997). Meu interesse pela questão começou com um projeto de pesquisa sobre a luta antivenérea no Brasil de finais do século XIX até 1940. Depois disso, passei a me dedicar ao estudo do desenvolvimento da sexologia no Brasil. Este artigo deve ser encarado como um ponto de passagem entre velhas e novas preocupações. Parte do material sobre sexologia aqui apresentado foi obtido em minha estada na Universidade de Chicago, como bolsista de pós-doutorado pelo CNPq no Morris Fishbein Center for the History of Science and Medicine.

[2] Para um bom exemplo da abordagem difusionista, ver Goonatilake (1984). Para uma excelente crítica à tal abordagem e à utilização de oposições binárias em estudos sociais sobre a ciência, ver Prakash (1992) .

[3] Essa mesma tensão foi brilhantemente analisada por Santuza Cambraia Naves no que diz respeito às elites artísticas brasileiras durante os anos 20 e 30. Para produzir música e literatura 'genuinamente' brasileiras, os mais importantes líderes do chamado Movimento Modernista, como Mário de Andrade ou Villa-Lobos, passaram a valorizar elementos estéticos derivados da tradição popular, na maior parte das vezes rural, e das culturas indígenas sul-americanas. Para eles, porém, tais elementos estéticos deveriam ser capturados no âmbito do cânone erudito, estabelecido, em grande medida, pelas vanguardas européias (Naves, 1997).

[4] Agradeço a Nádia Farage por ter me chamado a atenção para essa passagem.

[5] Ressalto que devemos considerar a sífilis como uma categoria nosológica cujas fronteiras alteraram-se profundamente ao longo de sua história, abarcando doenças e condições que atualmente são vistas como doenças singulares (Carrara, 1996).

[6] Para informações mais detalhadas sobre a trajetória de Cláudio de Souza, ver Carrara (1992).

[7] Um dos mais influentes desses veredictos foi pronunciado pelo historiador inglês Henry Thomas Buckle no seu History of Civilization in England, publicado pela primeira vez entre os anos de 1857 e 1861. Para ele, o "problema brasileiro" era climático. A natureza havia sido muito pródiga para o Brasil e, como escrevia, "quando os poderes produtivos da natureza são levados além de determinado ponto, o imperfeito conhecimento do homem incivilizado é incapaz de lidar com eles, ou de alguma forma levá-los a agir em seu proveito". A natureza brasileira estava fora de qualquer controle possível e, por isso, a despeito dos esforços civilizadores dos portugueses, nenhum sinal de progresso real podia ser então vislumbrado no Brasil. Para Buckle, "os hábitos das pessoas [lá] continuam tão bárbaros quanto antes" (Buckle, 1906:73-76).

[8] Na Alemanha o livro foi publicado pela primeira vez em 1907. Na Inglaterra, apareceu apenas no ano seguinte.

[9] Conforme descrita por Bloch, a etiologia dessa condição era um pouco mais complexa. Em primeiro lugar, segundo ele, ela era muito mais comum entre os europeus que, nas colônias, passavam a deter mais poder do que o que possuíam em sua terra natal. Em segundo lugar, seria mais comum entre os europeus que, nos trópicos, conviviam com raças que eles consideravam "inferiores" e onde "a moral convencional e as relações sociais com seus conterrâneos são deixadas de lado" (Bloch, 1935:62).

[10] A primeira edição desse trabalho em língua inglesa apareceu em 1910.

[11] Atualmente, a origem da sífilis continua controvertida. Embora ao longo do século XX a maioria dos médicos acreditasse que a sífilis era desconhecida no Velho Mundo antes do século XV (Macneill, 1976; Baker & Armelagos, 1988), nas últimas décadas mais e mais evidências têm sido produzidas pela antropologia biológica, mostrando-se casos de ossos humanos encontrados em várias partes da Europa e na África subsaariana, que apresentam sinais de terem sido atingidos pela sífilis em período anterior às viagens de Colombo (Steyn & Hennerberg, 1995).

[12] As idéias de Julien Joseph Virey também foram analisadas por Anne C. Villa, que, para além do determinismo racial, aponta também o determinismo sexual e a misoginia presentes em seu pensamento. Para ele, dada a sua natureza, a mulher não poderia rivalizar o homem em termos de "força física" e "elevação intelectual" (Villa, 1995:93).

[13] Os melhores exemplos desse tipo de medo na passagem do século podem ser encontrados nos trabalhos do influente professor de medicina-legal da Faculdade de Medicina da Bahia, Raimundo Nina Rodrigues (Correa, 1982).

[14] Diretor do Museu Nacional entre 1916 e 1936, presidente do Primeiro Congresso Brasileiro de Eugenia, realizado no Rio de Janeiro em 1929, Edgar Roquette-Pinto deve ser considerado o mais influente antropólogo dos anos 1920 e 1930.

[15] Deve-se notar que, nos dois principais centros de reflexão médica do país, ainda havia nos anos 20 divergências significativas quanto à importância atribuída à miscigenação racial como a fonte dos males que assolavam o país. Segundo a antropóloga Lilia M. Schwarcz, a originalidade dos médicos baianos residia no fato de continuarem a entender "o cruzamento racial como o nosso grande mal, mas, ao mesmo tempo, nossa suprema diferença" (Schwarcz, 1993:190).

[16] E talvez isso possa explicar por que o famoso médico suíço August Forel escreveu em seu divulgadíssimo tratado A Questão Sexual que "No Oriente e no Brasil o amor homossexual é muito freqüente" (Forel, 1957:287). A essa afirmação reagiria imediatamente o médico-legista Flamínio Fávero, revisor e responsável pelo prefácio da edição brasileira, opondo a ela a seguinte nota de rodapé: "'Felizmente', em relação ao Brasil, informaram mal ao ilustre autor" (Forel, 1957: prefácio. Grifo meu).

[17] A identidade entre bouba e sífilis levantaria ásperas discussões no meio médico brasileiro da passagem do século. Ao que parece, a polêmica só terminaria definitivamente depois de 1905, ano em que Castelani 'identificou' o suposto agente causador da bouba ou framboesia trópica, também conhecida como piã ou yaws. Tratava-se de um outro treponema (Treponema pertenue), morfologicamente idêntico ao da sífilis e que, embora cedesse também à ação do mercúrio, não era de transmissão sexual. A bouba era encontrada sobretudo nas zonas tropicais das Américas, África, sudeste da Ásia e Oceania (Bechelli, 1976).

[18] Segundo a antropóloga Nádia Farage (1991), o ouvidor geral da Capitania do Rio Negro, Ribeiro de Sampaio, deixou relatos de duas viagens ao extremo norte do país. Uma realizada em 1775 ao Rio Negro e outra, ao Rio Branco, em 1777.

[19] É importante notar que tais autores não eram assim tão 'modernos' em finais dos anos 1920. A primeira edição do trabalho de Westermarck's, *The History of Human Marriage*, havia sido publicada em 1891. Ellis já havia terminado os vários volumes do seu Studies in Psychology of Sex em 1910. E mesmo que o *Studies of Savage and Sex*, de Crawley, tenha sido publicado em 1929, o seu *The Mystic Rose: a study of primitive marriage and of primitive thought* apareceu pela primeira vez em 1902.

[20] É interessante notar que, no contexto metropolitano, também as intelectuais feministas irão adotar a perspectiva ambientalista ou neolamarckiana em sua luta contra o sexismo científico. Sobre isso, ver Russet (1989:173).

[21] Como afirma Skidmore (1990:19-20), se "branquear era de fato o objetivo racial da elite" desde a abolição da escravidão em 1888, durante os anos 20-30, "O Brasil assistiu à consolidação do ideal de branqueamento e sua aceitação implícita pelos formadores de opinião e críticos sociais".

[22] Para Corbin, foi principalmente a partir dos trabalhos dos franceses Alfred Fournier e de seu filho, Edmond, que os médicos passaram, depois da virada do século, a atribuir à sífilis "quase todas as más-formações, quase todas as monstruosidades" (Corbin, 1977:249), contribuindo para que a doença se tornasse antropologicamente relevante. Segundo o historiador francês, Fournier teria inaugurado "a idade de ouro da teratologia sifilítica" (Corbin, 1977:249). Sobre o mesmo tema, ver também Corbin (1981).

[23] No campo médico do pós-Primeira Guerra, esse ponto de vista era perfeitamente compatível com o neolamarckianismo que caracterizava a maior parte do pensamento brasileiro sobre hereditariedade, em contraste com países como os Estados Unidos e a Alemanha (Stepan, 1990, 1996). Assim, a solução para o 'problema racial' brasileiro centrou-se na luta contra epidemias e endemias que afligiam o país, cujas nefastas conseqüências eram transmitidas às gerações futuras, abastardando-as. Assim, de um modo geral, a luta eugênica contra a degeneração no Brasil tomou a forma de campanhas sanitárias que, ao invés de tentar eliminar ou esterilizar os indivíduos considerados biologicamente inferiores, como aconteceu em outros lugares do Ocidente, procuraram curar as doenças que os afligiam.

[24] Assim, o apelo em prol da salvação da raça por meio de uma luta antivenérea, lançado pelos sifilógrafos desde finais do século XIX, parece ter sido então mais firmemente incorporado por eugenistas como Renato Kehl e médicos-legistas e higienistas como Afrânio Peixoto, Leonídio Ribeiro, Rodrigues Dória, e psiquiatras como Antônio Austregésilo, Juliano Moreira, Heitor Carrilho etc. Assim, fundada por Gustavo Riedel no Rio de Janeiro, em 1923, a Liga Brasileira de Higiene Mental teria o combate à sífilis como um dos principais meios para alcançar o seu objetivo maior: prevenir a incidência das doenças mentais no país (Costa, 1981). E, se desde 1921 Renato Kehl entrara na luta antivenérea, era porque a sífilis "não só sacrifica a vítima, mas a descendência e, por prejudicial à raça, constitui um grande perigo nacional" (Kehl, 1921:7). Em 1929, as campanhas antivenéreas seriam um dos grandes temas discutidos no 1º Congresso Brasileiro de Eugenia, realizado no Rio de Janeiro (Stepan, 1990).

[25] Para uma história do carnaval, ver Fry, Carrara & Martins-Costas (1988); para uma história do samba e da música popular, ver Naves (1997).

[26] Uma estratégia semelhante foi descrita por Stepan e Gilman em seu trabalho sobre os intelectuais negros e judeus em sua reação ao racismo científico. Eles a chamam de *transvaluation* (Stepan & Gilman, 1993:1.881-1.882).

Referências Bibliográficas

ALMEIDA, T. de. Da origem não americana da syphilis. *Anais Brasileiros de Dermatologia e Sifilografia*, 1(7):I-VI, 1925.

ARAÚJO, O. da S. *Alguns Commentários sobre a Syphilis no Rio de Janeiro*. Rio de Janeiro: Empreza Graphica Editora Paulo Pongetti & Cia., 1928.

BAKER, B. J. & ARMELAGOS, G. J. The origin and antiquity of syphilis: paleopathological diagnosis and interpretation. *Current Anthropology*, 29(5):703-737, 1988.

BECHELLI, L. M. Bouba. In: VERONESI, R. *Doenças Infecciosas e Parasitárias*. 6.ed. Rio de Janeiro: Guanabara-Koogan, 1976.

BLOCH, I. *The Sexual Life of Our Time in its Relation to Modern Civilization*. London: Rebman Limited, 1913. [1.ed. 1907]

BLOCH, I. *Anthropological and Ethnological Studies in the Strangest Sex Acts in Modes of Love of All Races Illustrated*. New York: Falstaff Press, Inc. 1935. 2v.

BOURDIEU, P. The specificity of the scientific field and the social progress of reason. *Social Science Information*, 14(6):12-25, 1975.

BUCKLE, H. T. *History of Civilization in England*, I. New York: D. Appleton and Company, 1906. [1.ed. 1857-1861]

CARRARA, S. Os infortúnios da luxúria: liberdade e determinismo em uma obra de ficção higienista da primeira metade do século. *Antropologia Social: Comunicações do PPGAS*, 1(1):7-32, 1992.

CARRARA, S. *Tributo a Vênus: a luta contra a sífilis no Brasil, da passagem do século aos anos 40*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 1996.

CARRARA, S. A geopolítica simbólica da sífilis: um ensaio de antropologia histórica. *História, Ciências, Saúde: Manguinhos*, III(3):391-408, 1997.

CORBIN, A. Le péril vénérien au debut du siècle: prophylaxie sanitaire et prophylaxie morale. *Recherches*, 29:245-283, dec. 1977.

CORBIN, A. L'hérédosyphilis ou l'impossible rédemption: contribution à l'histoire de l'hérédité morbide. *Romantisme: Revue du Dix-neuvième Siècle*, 31:131-149, 1981.

CORREA, M. *As Ilusões da Liberdade: a Escola Nina Rodrigues & a antropologia no Brasil*, 1982. Tese de Doutorado, São Paulo: Departamento de Ciências Sociais da Faculdade de Filosofia, Letras e Ciências Humanas, Universidade de São Paulo.

COSTA, J. F. *História da Psiquiatria no Brasil*. 3.ed. rev. Rio de Janeiro: Campus, 1981.

ELLIS, H. *Studies in the Psychology of Sex*. VI - Sex in Relation to Society. Philadelphia: F. A. Davis Company, 1921. [1.ed. 1910]

FARAGE, N. *As Muralhas dos Sertões: os povos indígenas do Rio Branco e a colonização*. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1991.

FARO, E. T. Profilaxia das doenças venéreas na Marinha portuguesa. *Jornal de Sífilis e Urologia*, 5(54):181-189, 1934.

FOLHA MÉDICA. Rio de Janeiro, 3(24), 1922.

FOREL, A. *A Questão Sexual*. 10.ed. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 1957. [1.ed. 1914]

FRY, P.; CARRARA S. & MARTINS-COSTA, A. L. Negros e brancos no carnaval da velha república. In: REIS, J. J. (Ed.) *Escravidão & Invenção da Liberdade*. São Paulo: Brasiliense, 1988.

FREYRE, G. *Casa-grande & Senzala: formação da família brasileira sob o regime de economia patriarcal*. Rio de Janeiro: Record, 1992. [1.ed. 1933]

GOONATILAKE, S. *Aborted Discovery: science and creativity in the Third World*. London: Zed Press, 1984.

HOLANDA, S. B. de. *Raízes do Brasil*. Rio de Janeiro: José Olympio, 1976. [1.ed. 1936]

KEHL, R. *O Perigo Venéreo: conferência realizada no dia 25 de julho de 1921, no salão da Associação dos Empregados do Commercio*. Rio de Janeiro: Departamento Nacional de Saúde Pública e Inspectoria de Prophylaxia da Lepra e das Doenças Venéreas Ed., 1921.

KEVLES, D. J. *In the Name of Eugenics: genetics and the uses of human heredity*. Cambridge: Harvard University Press, 1995.

LIMA, J. T. de. *Breves Considerações Acerca da Origem da Syphilis*. Rio de Janeiro: Typ. Brasiliense de F. M. Ferreira, 1849.

MACNEILL, W. H. *Plagues and Peoples*. New York: Doubleday, 1976.

MOREIRA, J. A syphilis como factor de degeneração. *Gazeta Médica da Bahia*, ano XXXI(1), jul. 1899.

NAVES, S. C. *O Violão Azul: modernismo e música popular*, 1997. Tese de Doutorado, Rio de Janeiro: Instituto Universitário de Pesquisas do Rio de Janeiro.

PARKER, R. *Bodies, Pleasures and Passions: sexual culture in contemporary Brazil*. Boston: Bacon Press, 1991.

PEIXOTO, A. *Elementos de Higiene*. Rio de Janeiro: Francisco Alves, 1913.

PRADO, P. *Retrato do Brasil*. São Paulo: Companhia das Letras, 1997. [1.ed. 1928]

PRAKASH, G. Science 'gone native' in colonial India. *Representations*, 40 Fall.: 153-178, 1992.

RABELO, E. Orientação actual da lucta contra a syphilis. In: 2º *Boletim do VIII Congresso Brasileiro de Medicina e do 1º Congresso Sul-americano de Dermatologia e Syphilographia*. Rio de Janeiro: Imprensa Nacional, 1921.

RABELO, E. Existia a syphilis na época do descobrimento? *Anais Brasileiros de Dermatologia e Sifilografia*, 1(1):I-IV, 1925.

ROESCHMANN, H. A luta contra as doenças venéreas na Allemanha em comparação com as medidas adoptadas em outros países. *Anais Brasileiros de Dermatologia e Sifilografia*, 5(12):32-39, 1929.

ROQUETTE-PINTO, E. *Ensaios de Anthropologia Brasiliana*. Rio de Janeiro, Cia. Editora Nacional, 1978. [1.ed. 1933]

RUSSET, C. E. *Sexual Science: the Victorian construction of womanhood*, Cambridge: Harvard University Press, 1989.

SCHWARCZ, L. M. *O Espetáculo das Raças: cientistas, instituições e questão racial no Brasil, 1870-1930*. São Paulo: Companhia das Letras, 1993.

SKIDMORE, T. E. Racial ideas and social policy in Brazil, 1870-1940. In: GRAHAM, R. (Ed.) *The Idea of Race in Latin America, 1870-1940*. Austin: University of Texas Press, 1990.

SOUZA, C. de. *Da Responsabilidade Civil e Criminal do Shyphilítico.* São Paulo: Typ. Hennies & Irmãos, 1909.

SOUZA, L. de M. e. *O Diabo e a Terra de Santa Cruz*. São Paulo: Companhia das Letras, 1993.

STEPAN, N. L. Eugenics in Brazil, 1917-1940. In: ADAMS, M. B. (Ed.) *The Wellborn Science-Eugenics in Germany, France, Brazil and Russia*. New York: Oxford University Press, 1990.

STEPAN, N. L. *The Hour of Eugenics: race, gender and nation in Latin America*. Ithaca, London: Cornell University Press, 1996.

STEPAN, N. L. & GILMAN, S. Appropriating the idioms of science: the rejection of scientific racism. In: HARDING, S. (Ed.) *The Racial Economy of Science: toward a democratic future*. Bloomington: Indiana University Press, 1993. p.170-193.

STEYN, M. & HENNERBERG, M. Pre-Columbian presence of treponemal disease: a possible case from Iron Age Southern Africa. *Current Anthropology*. 36(5):869-872, 1995.

VILLA, A. C. Sex and sensibility: Pierre Roussel's système physique et moral de la femme. *Représentations*, (52):76-93, 1995.

VIREY, J. J. *Dissertação acerca da Incontinência e seus Perigos em relação às Faculdades Intellectuaes e Physicas*. Rio de Janeiro: Typ. Nacional, 1836.

MANICOMIO NACIONAL "PACHECO"
SECCION VARONES

GENERALES
Nº 251.
Nombre
Edad 20 años.
Estado Soltero.
Natural de Quime.
Procedente de Sucre.
Profesión Aydte. Mecánico.

FILIACION
Raza Mestiza.
Color Moreno.
Cabello Negros.
Ojos café obscuros, grandes
Nariz Ancha.
Labios Gruesos.
Estatura

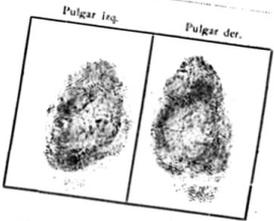
OBSERVACIONES
Señas particulares
Cicatríz en el mentón.
Datos especiales

MANICOMIO NACIONAL "PACHECO"
SECCION VARONES

GENERALES
Nº 262.
Nombre
Edad 35 años.
Estado Soltero.
Natural de Calcha.
Procedente de Potosí.
Profesión Labrador.

FILIACION
Raza Indígena.
Color Moreno.
Cabello Negros.
Ojos Café Obscuros.
Nariz Ancha.
Labios Gruesos.
Estatura

OBSERVACIONES
Señas particulares
Gran cicatríz en el lado derecho de la frente.
Datos especiales

Pulgar izq.
Pulgar der.

Director.

Fichas de internos do Manicômio Pacheco com informações sobre profissão, cor e raça, entre outras. Acervo do Arquivo Nacional da Bolívia, La Paz.

Doença mental e democracia na Bolívia: o Manicomio Pacheco, 1935-1950*

Ann Zulawski

* Originalmente publicado em ARMUS, D. (Ed.) *Disease in the History of Modern Latin America: from malaria to Aids*. Durham: Duke University Press, 2003. Tradução de Paulo M. Garchet

Em 1948, na última página da publicação das atas de um importante congresso boliviano de medicina que se realizara em 1947, surgiu um anúncio do Manicomio Nacional Pacheco, o único sanatório verdadeiramente especializado em doenças mentais da Bolívia, localizado na cidade de Sucre. O anúncio dizia que o Manicomio oferecia o que havia de mais moderno no tratamento das desordens psiquiátricas: "Cardiazol", terapia eletroconvulsiva, até mesmo psicanálise, e proclamava que "as doenças mentais são curáveis. Tão curáveis quanto qualquer outra doença que seja 'oportunamente' tratada" (*Actas de las Segundas Jornadas Médico-quirúricas Nacionales*, 1948:410). Prosseguia enfatizando que todas as condições mentais ou nervosas devem ser tratadas por especialistas, e instava os leitores a fugir dos charlatães, fossem eles bolivianos ou estrangeiros. Anunciava ainda que o Manicomio Pacheco tinha acomodações especiais para pacientes, masculinos e femininos, que pudessem pagar pelo tratamento.

Cinco anos antes, o dr. Miguel Levy, autoridade médica suprema no departamento de Chuquisaca, onde fica a cidade de Sucre, publicara um artigo intitulado 'O declínio mental do índio' em um respeitado jornal médico nacional (Levy, 1942). Levy combinara conceitos de darwinismo social sobre a sobrevivência dos mais aptos com idéias lamarckianas sobre a hereditariedade de características adquiridas e noções freudianas de desenvolvimento emocional para provar que a população indígena da Bolívia era mentalmente deficiente e que seria "uma utopia [pensar que] o índio de nossos dias ou seu próximo descendente [pudesse ser] um cidadão no estrito senso da palavra" (Levy, 1942:16-17). Segundo o artigo, tanto a inatividade intelectual quanto o pequeno tamanho de seu cérebro contribuíam para sua existência primordialmente vegetativa. Um desenvolvimento emocional interrompido resultava em uma simplificação de todas as funções psíquicas. O índio mantinha um egoísmo infantil durante toda a vida e era incapaz de amor real ou quaisquer emoções complexas. Uma ausência de imaginação e curiosidade intelectual, memória mínima, atenção de curta duração e a pobreza das línguas aimará, quéchua e guarani tornavam o boliviano nativo, em geral, inadequado para educação. No entanto, ainda segundo Levy (1942), quando obtinha um mínimo de escolaridade o índio tornava-se um tirano, agredindo outros índios analfabetos e abusando deles.[1]

Em ambos, no anúncio e no tratado de Miguel Levy, há vários aspectos importantes que os tornam representativos da Bolívia da década de

1940. É significativo o fato de o anúncio ter sido veiculado em uma publicação médica que seria, primordialmente, lida por médicos. Tratava-se, claramente, de uma afirmação, por parte de psiquiatras e autoridades do Manicomio Pacheco, de sua especialização profissional e de uma invocação para que seus colegas de outras especialidades reconhecessem sua capacidade em termos de saúde mental. De fato, foi nessa década que os médicos que atendiam os doentes mentais na Bolívia começaram a perceber que poderiam obter consideráveis melhoras nas condições de algumas pessoas por meio de novos tipos de tratamento, em vez do simples confinamento dos pacientes. Durante a década de 1940, mais pacientes foram admitidos no hospital do que em qualquer outra década entre 1884, quando foi fundado, e 1960. Talvez isso se devesse a uma maior conscientização sobre a doença mental por parte dos médicos e outras autoridades da área da saúde e às maiores esperanças de recuperação.

O anúncio foi também uma defesa das instalações do hospital gerido pelo Estado, em uma época em que sanatórios privados bolivianos começavam a tratar algumas pessoas com desordens mentais. O fato de que o Manicomio passara a ter pavilhões especiais para aqueles que pudessem pagar era alardeado para atrair as famílias mais ricas, que poderiam ter escrúpulos quanto a enviar seus parentes a uma instituição que vivia em estado de indigência crônica. De fato, antes da década de 1940 (quando foram introduzidos alojamentos especiais para 'pensionados', pagantes) os relatórios dos diretores do hospital detalhavam consistentemente as terríveis condições do Manicomio, devidas à falta de fundos (Balcazar, 1956). A administração do hospital pode ter pretendido usar as taxas cobradas aos 'pensionados' para subsidiar melhorias no Manicomio, melhorias estas que eventualmente serviriam para realçar o prestígio dos profissionais da saúde mental e da psiquiatria em geral.

O tratado de Miguel Levy, em contrapartida, é representativo da época por se tratar de uma reação extrema, mas não atípica, contra o novo discurso político democrático que estava sendo desenvolvido na Bolívia na década de 1940, o qual rejeitava a discriminação e a desigualdade. Particularmente preocupado em rebater aqueles que favoreciam a educação como um direito de todos os bolivianos, Levy objetava especificamente aos escritos do sociólogo José Antonio Arze, que propunha a recuperação de terras roubadas, o fim dos trabalhos forçados e oportunidades educacionais como as melhores formas de ajudar os índios a realizarem seu potencial (Klein,

1992). Mais ainda, a avaliação de Levy sobre os índios bolivianos, como psicologicamente diferentes e inferiores aos não-índios, levanta dúvidas sobre os critérios então usados pelos médicos no reconhecimento e tratamento de doenças mentais em pacientes de etnias diversas.

Aqui, examina-se, por meio do estudo dos registros do Manicomio Pacheco e dos escritos de médicos que trabalharam com pacientes mentais, quem era considerado mentalmente doente e como eram tratados na Bolívia da década de 1940. Indaga-se se as novas políticas democráticas e populistas do período influenciaram a prática psiquiátrica, e que impacto classe social e gênero tinham no diagnóstico e no tratamento. Examina-se como os médicos entendiam a capacidade intelectual e a estabilidade emocional de índios e mulheres, dois grupos que, na sociedade boliviana, não tinham direitos integrais de cidadania. Uma importante revelação é que, se mulheres e índios eram considerados 'diferentes' e inferiores em sua constituição psicológica, seu comportamento poderia também ser rotulado de aberrante se não fosse suficientemente 'outro', isto é, se emocional e intelectualmente fosse parecido demais com o dos homens não-índios.[2]

O Período

As décadas de 1930 e 1940 foram, na Bolívia, anos de convulsão social e política exacerbada pela Guerra do Chaco com o Paraguai (1932-1935). Essa guerra, para a qual a Bolívia estava militarmente despreparada, ressaltou dramaticamente todas as contradições de etnia e classe inerentes à nação e que terminaram por causar a queda da oligarquia política dos proprietários da terra e das minas, que havia controlado o país desde a independência. Durante a guerra, a vasta maioria dos conscritos era de camponeses que falavam aimará ou quéchua e que eram ou enviados para as linhas de frente, ou forçados a trabalho estafante, abrindo estradas para acesso às áreas do conflito (Arze Aguirre, 1987; Klein, 1992). Freqüentemente, em ambos os casos, nada tinham para comer ou beber, e mais soldados sucumbiram por doença que por ferimentos (Melean, 1938).

À medida que a incompetência militar daqueles que estavam no comando e um exército à beira da inanição contribuíam para derrota após derrota dos bolivianos, muitos civis começaram a perceber a injustiça inerente ao fato de experimentarem extrema privação aqueles que estavam no *front*, enquanto os oficiais brancos e *mestizos* mais privilegiados

permaneciam em relativo conforto e segurança por trás das linhas. Finalmente, a Bolívia foi forçada a admitir a derrota e assinou um tratado de paz em junho de 1935. O fim da guerra significou mais que a perda de território para o Paraguai. Na debacle que se seguiu houve um furor de organização popular, a criação de novos partidos políticos populistas e de esquerda, e as questões de reforma agrária e nacionalização das minas ganharam lugar de relevo na agenda do país.

Pelo final da década de 1930, o país experimentou um 'socialismo militar', com as presidências dos coronéis David Toro e Germán Busch (1936-1939). Durante esse período, foram nacionalizadas as propriedades da Standard Oil of Bolivia, redigiu-se uma nova constituição que enfatizava a responsabilidade da nação pelo bem-estar dos cidadãos e, pela primeira vez, constituiu-se um Ministério do Trabalho. Um movimento indígena exigindo terra e educação que havia surgido nas décadas de 1920 e 1930 foi revitalizado e, no período pós-Chaco, associou-se a um crescente e militante movimento trabalhista (Klein, 1992; Rivera Cusicanqui, 1984). As mulheres trabalhadoras estiveram ativas nesse ímpeto de atividade, organizando sindicatos de cozinheiras, floristas e vendedoras dos mercados públicos, com orientação anarquista. Essas organizações fizeram também demandas típicas de gênero, por creches financiadas pelo governo e por direitos iguais para mães solteiras (Wadsworth & Dibbits, 1989; Lehm & Rivera Cusicanqui, 1988; Dibbits et al., 1989). Conquanto os governos do socialismo militar fossem primordialmente de natureza reformista-populista, houve clara influência, especialmente durante a presidência de David Toro, de idéias corporativistas e até mesmo fascistas. Alguns defensores do nacional-socialismo chegaram, até, a apoiar as políticas anti-semíticas da Alemanha nazista (Dunkerley, 1984).

O clima político em mutação trouxe também novas iniciativas em saúde pública. Em 1936, foi fundado o Ministerio del Trabajo, Prevision Social y Salubridad, e em 1938 criou-se um Ministerio de Higiene y Salubridad independente. As novas atitudes ficavam evidentes nos escritos radicalizados dos profissionais da medicina nesse período. No Primeiro Congresso Médico, em 1939, o dr. José Antezana Estrada apresentou projeto de um novo código sanitário em que caracterizava a Bolívia como um país "semicolonial" com o mais baixo nível econômico do mundo (Antezana Estrada, 1939:2). A súmula de um congresso de "médicos mineiros" do mesmo ano informa que haviam surgido duas tendências políticas na

reunião: uma que "defendia os interesses estabelecidos", e outra que "apoiava os direitos das classes proletárias" (Boletín del Ministerio de Higiene y Salubridade, 1939:142) No entanto, ao lado dessas análises de inspiração marxista, houve outras que sugeriam alternativas à medicina socializada, ou baseadas na iniciativa privada, ou favorecendo uma variedade de soluções eugênicas, como a esterilização dos criminosos e dos dementes (Osorio, 1946; Adriazola, 1941).[3]

Pelo final dos anos 1930 e durante a década de 1940, além de Miguel Levy, vários médicos associados ao Manicomio e alguns outros clínicos interessados em saúde mental publicaram artigos sobre psiquiatria e questões sociais. De modo geral, contudo, houve muito menos ênfase nas doenças mentais como um problema que deveria ser tratado pelo novo Estado democrático do que em outros tipos de doenças. Em parte, isso pode ter-se devido ao fato de gozar a psiquiatria, em todas as partes do mundo, de muito menos prestígio que outras especialidades porque, apesar de muita experimentação, os médicos, em geral, não pareciam particularmente eficazes na cura de portadores de doenças mentais graves. Além disso, para os médicos e os reformadores sociais interessados na promoção da justiça econômica, as doenças mentais podem ter parecido de importância secundária porque, aparentemente, afetavam muito menos pessoas que o tifo, a tuberculose ou a malária. Na Bolívia, mais ainda, o tratamento das doenças mentais fora, até essa época, bastante rudimentar e limitado, tanto pela escassez de fundos como de médicos treinados.

O Manicomio Pacheco e seus Pacientes

O primeiro e único asilo mental da Bolívia fora fundado em 1884, por iniciativa de Gregorio Pacheco, um importante industrial da prata que presidira a Bolívia entre 1884 e 1888. Apesar de, em 1890, ter sido estabelecida uma cátedra de psiquiatria na Universidade de Sucre, durante a primeira metade do século XX havia poucos psiquiatras treinados na equipe do hospital.[4] Nicolás Ortiz, diretor do hospital entre 1884 e 1921, era ginecologista e pode ter chegado ao cargo de diretor por ser genro de Gregorio Pacheco. Jaime Mendoza, diretor de 1923 a 1926, era um clínico geral que se especializara em obstetrícia e que fora professor de patologia e pediatria antes de incorporar-se ao Manicomio. Na verdade, somente na década de 1940 a Bolívia veio a ter vários médicos efetivamente especializados

em psiquiatria. Um deles foi Alberto Martínez, o diretor do hospital entre 1944 e 1970.

Conquanto as estatísticas do hospital não sejam totalmente confiáveis, nunca houve um número muito grande de pacientes no Manicomio. Alfredo Caballero, que estudou a instituição, estima que entre 1884 e 1984 talvez vinte mil pessoas tenham passado pelo hospital. Esse número, porém, parece demasiado baixo, já que em determinados anos havia até duzentos pacientes nas alas masculina e feminina.[5] Nos primeiros anos da instituição, a vasta maioria dos pacientes era diagnosticada simplesmente como "incurável", e seu único tratamento era "confinamento indeterminado" (Caballero Zamora, 1989:149). Pela década de 1940, contudo, já eram usados nos diagnósticos registrados no Manicomio Pacheco os mesmos termos que apareciam nas estatísticas sobre pacientes psiquiátricos nos Estados Unidos ou em países da Europa ocidental. Apesar disso, um exame das condições mais comumente diagnosticadas na Bolívia demonstra algumas diferenças-chave. Em 1941, por exemplo, dos 177 pacientes masculinos do Manicomio, a maioria foi diagnosticada como esquizofrênicos (48) ou epilépticos (50).[6] As estatísticas sobre as 464 mulheres internadas no hospital na década de 1940, para as quais há diagnósticos registrados, também revelam a epilepsia (145) seguida da esquizofrenia (113) como as doenças mais freqüentes.[7] Dados de hospitais mentais dos Estados Unidos referentes aos períodos de 1934-36 e 1947-49 indicam, consistentemente, que um grande número de pacientes eram também classificados como esquizofrênicos, mas que era mínimo o número de pessoas internadas em instituições psiquiátricas por epilepsia. Em 1935, por exemplo, das mais de 101.000 novas internações em hospitais públicos dos Estados Unidos, menos de 0,5% era de epilépticos.[8] Na verdade, desde meados do século XIX, os epilépticos haviam sido separados dos doentes mentais nos hospitais estadunidenses e europeus, inicialmente devido à crença de que a epilepsia era uma doença contagiosa à qual os insanos seriam ainda mais suscetíveis que as pessoas saudáveis (Levy, 1993).

Mais ainda, enquanto a psicose maníaco-depressiva foi a segunda causa mais comum das internações em hospitais dos Estados Unidos entre 1933 e 1936 (aproximadamente 12% das novas admissões e 26% das readmissões), no Manicomio Pacheco era um diagnóstico relativamente raro, tanto para homens quanto para mulheres. Em 1937, apenas três dos 127 homens internados no hospital foram ditos psicóticos maníaco-

depressivos e, em 1941, novamente três, entre 177. Das mulheres admitidas ao hospital na década de 1940 para as quais há diagnósticos disponíveis, apenas quatro foram declaradas maníaco-depressivas.

Assim, um grande percentual dos pacientes internados no Manicomio Pacheco era de pessoas que haviam sido hospitalizadas por uma condição (epilepsia) que na década de 1940 a maioria dos psiquiatras já não considerava uma doença mental. O diretor do hospital, Julio C. Fortún, comentou o fato em 1930, ao escrever para o presidente do conselho municipal da cidade de Sucre, dizendo que muitos epilépticos não tinham sintomas de doença mental e, assim sendo, deveriam estar em outros hospitais, não no Manicomio.[9] Em contrapartida, não apenas a psicose maníaco-depressiva, como também a mania e a depressão como desordens independentes eram raras nos registros do Manicomio, o que pode significar: a) que estas condições psiquiátricas eram efetivamente menos comuns na Bolívia; b) que geralmente não eram percebidas como problema, a menos que fossem graves; ou c) que os sintomas a elas associados eram considerados relacionados a outras doenças (esquizofrenia, vários tipos de psicose).

A população de pacientes do hospital, tanto masculina como feminina, era bastante jovem. Entre os homens, em 1937 e em 1941, a faixa etária de maior representação era a de 21 a 30 anos. Em ambos os anos, dois terços dos pacientes masculinos tinham menos de 40 anos de idade. Entre as 454 mulheres admitidas na década de 1940 para as quais temos informações sobre idade, a maior coorte de dez anos também era a de 21 a 30 anos (105), e quase três quartos tinham 40 anos ou menos. Segundo os registros, a maioria dos homens internados no hospital em 1941 e em 1937 constituía-se de solteiros. Em 1941, os solteiros eram 140, havendo apenas 20 casados, enquanto em 1937, 21 eram casados e cem solteiros. Entre as mulheres internadas na década de 1940, 131 eram casadas e 263 solteiras. No entanto, como muitos casais na Bolívia dessa época não eram legalmente casados, não se pode afirmar com certeza que as pessoas registradas como solteiras não tivessem relações estáveis com companheiros, estabelecidas na forma dos costumes.

O Manicomio Pacheco era o único hospital em toda a Bolívia a tratar exclusivamente doenças mentais e, assim, a população dos internados era diversificada em termos de classe social e raça. A raça, contudo, era registrada de forma inconsistente nos documentos de admissão e nos históricos, de modo que não nos é possível estabelecer nem mesmo percentuais

aproximados de como a equipe categorizava etnicamente os pacientes. Pelos arquivos de 1941, dos 177 pacientes homens internados naquele ano, 67 eram ditos brancos, 76 mestiços e 34 índios. É um número relativamente baixo de índios, comparado com a provável representação deste grupo na população em geral – 63% pelo censo de 1950, sem levar em conta vários grupos étnicos pequenos das terras baixas (Rivera Cusicanqui, 1984). De qualquer modo, como ficará evidente mais tarde, a categoria 'raça' podia variar nos registros do hospital, refletindo uma fluidez típica da sociedade em geral.

Em termos de ocupação, o maior número de pacientes homens era de camponeses ou trabalhadores rurais (60), havendo também 22 estudantes, 13 comerciantes, diversos artesãos e um médico, um contador e vários funcionários administrativos. As profissões dos pacientes masculinos parecem coerentes com as tendências demográficas gerais, já que, à época, a Bolívia era um país predominantemente agrário. Entre as mulheres admitidas no hospital durante a década de 1940, a grande maioria (206) foi classificada como de 'prendas do lar' (*labores de casa*), uma descrição que incluía mulheres de uma grande variedade de situações econômicas. Das mulheres que informaram outras profissões, 28 eram costureiras, 13 professoras, 29 empregadas domésticas, 14 estudantes, 24 estavam envolvidas em atividades comerciais, 19 eram cozinheiras e 12 *palliris* (mulheres que trabalhavam nas áreas de mineração separando o minério de acordo com a qualidade).

Quanto ao tratamento, Cardiazol e insulina eram freqüentemente usados para tratar a esquizofrenia e a mania depressiva. A insulina, que fora usada pela primeira vez no tratamento de esquizofrênicos na década de 1930, na Áustria, produzia nos pacientes comas hipoglicêmicos que pareciam aliviar seus sintomas, pelo menos a curto prazo. Era, no entanto, extremamente perigosa, provocando a morte de pelo menos um em cada cem pacientes nos hospitais dos Estados Unidos, onde teve ampla utilização (Shorter, 1997). Cardiazol, droga similar à cânfora, induzia convulsões sem coma. Conquanto, segundo se afirmava, produzisse impressionante melhora em alguns pacientes, tinha efeitos colaterais desagradáveis, como ansiedade, náuseas e vômitos, e até severas dores musculares na área da injeção (Shorter, 1997). Em 1944, o diretor Alberto Martínez tratou pela primeira vez pacientes do Manicomio Pacheco com a terapia eletroconvulsiva (ECT). Das dez paciente mulheres que participaram da experiência (nove esquizofrênicas e uma maníaco-depressiva), quatro tiveram

remissão completa; outras quatro (entre as quais a maníaco-depressiva) tiveram melhora significativa e duas não responderam favoravelmente ao tratamento (Martínez Z., 1946; Caballero Zamora, 1989).

Além da insulina, do Cardiazol e da terapia eletroconvulsiva, os pacientes recebiam também diversos outros medicamentos, entre os quais bismuto e mercúrio, para a sífilis. É interessante observar que o Manicomio seguia utilizando essas duas drogas muito depois que o composto Salvarsan, à base de arsênico, se tornara o tratamento preferido para a doença e que, mesmo ao final da década de 1940, os médicos do hospital ainda não receitavam penicilina a seus pacientes sifilíticos. Os pacientes do Manicomio também recebiam, às vezes, fenobarbital para convulsões, quinino para malária e diversas vitaminas e 'tônicos' para revitalização geral. Há nos arquivos algumas raras referências à psicanálise e à psicoterapia, algumas vezes associadas à terapia eletroconvulsiva, mas não há indicações de que os médicos praticassem estas terapias, nem notas que indiquem o progresso dos pacientes. Os registros indicam que alguns pacientes recebiam um tipo de praxiterapia, o que geralmente significava que ajudavam no trabalho de manutenção do hospital: limpeza, cozinha e, possivelmente, jardinagem.

Apesar da maior variedade que então existia em termos de remédios e terapias para pacientes mentais, em comparação com as décadas anteriores, apenas uma minoria dos doentes recebia tratamento na década de 1940. Os resumos mensais referentes aos pacientes homens de 1947 e 1948 indicam que, na média, 35% recebiam alguma forma de tratamento (incluindo as vitaminas), enquanto 59% ficavam em 'confinamento simples', 3% estavam em observação e 3% tiveram alta.[10]

Conquanto os remédios oferecessem alguma esperança de melhora, para muitos pacientes o prognóstico não era particularmente bom. De todas as mulheres admitidas no hospital na década de 1940 para as quais a condição de saída foi registrada, 44% morreram (128 em 288), enquanto 54% tiveram alta e foram declaradas curadas ou com melhora. Entre as que tiveram alta em condições positivas, os maiores percentuais ficaram com as que haviam recebido diagnóstico de esquizofrenia (67%) e psicose (64%). Impressionantes 62% dos pacientes epilépticos deixaram o hospital mortos. Das mulheres que, segundo os registros, deixaram o hospital bem ou melhor, a maioria havia ficado no Manicomio um ano ou menos (79%) – quanto mais tempo um paciente ficasse no hospital, maior a probabilidade de que saísse em um caixão. Mas, entre os que morreram, um número considerável (44%) havia ficado no hospital um ano ou menos. No caso

daqueles que haviam ficado menos tempo no hospital, a causa da morte era geralmente um problema médico complicado por outros fatores como desnutrição, malária, tifo ou enterite (ANB, Instituto Psiquiátrico Nacional de Mujeres, Estadísticas).

Embora as estatísticas referentes aos homens não sejam exatamente comparáveis (já que englobam todos os homens internados em dois anos), elas indicam a mesma tendência. Dos 50 homens que deixaram o hospital em 1937, dois estavam "curados", dez apresentavam "melhora", enquanto 31 (62%) estavam mortos e sete haviam fugido. Dos 51 homens que deixaram o hospital em 1941, 15 foram classificados como "curados" ou "melhores", 29 morreram (57%) e sete haviam fugido (ANB, Instituto Psiquiátrico Nacional de Varones, 73, Resúmenes, 1947, 1948).

Os médicos em seus escritos

Jaime Mendoza, o mais prolífico dos médicos que escreveram sobre assuntos psiquiátricos, estava firmemente convencido das origens fisiológicas das doenças psiquiátricas. Em um artigo sobre esquizofrenia publicado em 1938, Mendoza caracteriza-a como uma doença progressiva, que causava a destruição do cérebro, a qual se iniciava por lesões no tálamo e depois espalhava-se gradualmente para outras áreas. Ele nutria poucas esperanças de cura, mas afirmava que alguns tratamentos, como o choque insulínico, pareciam ser mais eficazes quando aplicados nos estágios iniciais da doença (Mendoza, 1938). Mendoza foi também o único médico boliviano a tentar dar uma contribuição teórica para o entendimento da psique humana. Em 1937, ele publicou 'El trípode psíquico' na *Revista del Instituto Médico Sucre* (RIMS), no qual combinava sua crença nas causas físicas (antes que emocionais) da doença mental com categorias similares às de id, ego e superego de Freud (ainda que não reconhecesse a semelhança). Mendoza ressaltava que, ao olharmos o interior de um crânio, poderíamos ver que o cérebro humano está dividido em três seções: o lobo occipital, o lobo temporal e o lobo frontal. Lançava então a hipótese de que aspectos distintos da consciência estariam associados a essas três áreas diversas do cérebro. Segundo ele, o instinto seria controlado pela área occipital, o afeto ficaria localizado na região temporal e o intelecto estaria associado ao lobo frontal (Mendoza, 1937a).

Embora fosse médico, Jaime Mendoza é mais lembrado, na verdade, como romancista e ensaísta. Muito de suas primeiras obras, que não tratam

especificamente de medicina, é marcado por uma combinação aparentemente contraditória de crítica social e voluntarismo. De um lado, ele apontava as condições de exploração do trabalho e a falta de regulamentação governamental como as causas das terríveis condições de vida das famílias da classe operária; de outro, culpava freqüentemente os pobres, especialmente as mulheres índias, pela mortalidade infantil e má saúde.[11] Mesmo em um artigo tardio sobre mortalidade infantil, escrito após a Guerra do Chaco, Mendoza ainda discute a sociedade boliviana em termos racistas:

> O cholo, originalmente o rebento de índios e espanhóis, perdeu muito da resistência orgânica dos índios aos agentes destrutivos. Depois, há o fator moral, ou educacional. O fato de que o cholo se encontra em contato direto com seus superiores sociais fez que assimilasse, com maior facilidade que os índios, os defeitos e vícios [das classes superiores], em vez de suas boas qualidades. (Mendoza, 1937b:11)[N.T.]

Mendoza, no entanto, tinha consciência das calamitosas condições econômicas e das privações do período pós-guerra, que afetavam negativamente as crianças e a saúde infantil. Conclamava filantropos individuais à ação para proteger mulheres e crianças, e ressaltava a necessidade de apoio do governo a tais iniciativas privadas, concluindo: "E agora, quando tanto se promove o socialismo, a necessidade [de proteger as crianças da nação] é ainda maior. O futuro da nação está com as crianças. Abandoná-las é um ato anti-social, ou se preferir, um ato anti-socialista" (Mendoza, 1937b:14).

Mais de dez anos depois, outro ex-diretor do Manicomio, Emilio Fernández, também escreveu um artigo para a RIMS sobre garantia do bem-estar às crianças e suas mães. Ao contrário de Mendoza, Fernández (1949) colocava a responsabilidade pelo bem-estar das crianças diretamente nos ombros do Estado e propunha várias leis destinadas a proteger as mulheres operárias e suas crianças: licença-maternidade paga, creches com pessoal bem educado, assistência econômica a mães solteiras e um salário mínimo para as famílias. Enfatizava que, no século XX, a assistência privada e a caridade haviam se tornado secundárias e que o atendimento médico e a proteção contra acidentes do trabalho eram vistos como direitos. Ele reconhecia mudanças nas atitudes em relação às mulheres, que já não eram mais vistas como "instrumentos de prazer", mas como trabalhadoras em seus próprios lares, no comércio e na indústria. Ressaltava a

---

N.T. As citações originalmente em espanhol foram traduzidas da versão em inglês.

função patriótica que as mulheres desempenhavam educando as crianças e provendo-lhes de bons lares. Finalmente, Fernández manifestava preocupação de que quaisquer novas leis de proteção às mulheres fossem também estendidas às camponesas, que eram "nossas irmãs em Cristo e em nacionalidade" (Fernández, 1949:56-57).

Nas leis que propunha, Fernández via também funções eugênicas. Disse: "O princípio fundamental da lei consiste na defesa do capital humano, tentando melhorar as qualidades físicas, morais e intelectuais dos indivíduos, isto é, da raça, sem recorrer à eutanásia ou a uma seleção estrita de progenitores" (Fernández, 1949:57).

Ele propôs campanhas de saúde pública contra a sífilis, a tuberculose e o alcoolismo dos pais. Ressaltou também a importância da prevenção de casamentos consangüíneos e da procriação de pessoas que fossem ou muito jovens, ou muito velhas, o que poderia causar problemas mentais. Dizia, ainda, que as destruições causadas pela guerra, pela pobreza e pela má nutrição tinham efeitos deletérios nas mulheres grávidas e poderiam levar a uma prole enferma.

Em geral, Fernández propunha uma espécie de eugenia 'social', ou 'preventiva', que Nancy Stepan (1991) demonstrou ter tido larga aceitação na América Latina, especialmente na década de 1920. Tal abordagem hauria muito das idéias lamarckistas sobre as possibilidades de provocar alterações genéticas por meio de mudanças ambientais e considerava os movimentos sanitaristas e higiênicos como eugênicos, isto é, que levavam a um aprimoramento da raça. Ao contrário daqueles que adotavam uma linha eugênica 'dura' e argumentavam que os 'inaptos' (que poderiam incluir os índios ou outras populações de raça mestiça) não deveriam ter direito a reproduzir-se ou, até, que se deveria, abandonando-os à própria sorte, deixar que morressem, uma abordagem eugênica ambientalista defendia na Bolívia a esperança de criar-se uma nação saudável por meio de políticas sociais e de medidas de saúde pública. Embora em 1948, quando Fernández escreveu o artigo, a eugenia estivesse já desacreditada para muitos, devido à sua associação com a Alemanha nazista, a eugenia 'suave' boliviana parecia mesclar-se bem com os apelos populistas por democracia e justiça social.[12]

No entanto, nem todos os que escreveram sobre questões de saúde mental apoiavam a linha eugênica 'suave'. Em 1941, o dr. Cesar Adriazola, professor de psiquiatria da escola de medicina da cidade de Cochabamba e ex-diretor geral de Saúde, escreveu um artigo propondo a esterilização

seletiva. Afirmando que a maioria dos conflitos sociais era causada por distúrbios mentais dos que os perpetravam, e que a maior parte dessas desordens mentais era herdada, Adriazola redigiu uma minuta de lei para esterilização 'social'. Isso seria necessário na Bolívia, afirmava ele, precisamente porque as medidas de reforma do tipo apoiado por Fernández jamais conseguiriam ter sucesso devido ao "nível cultural inferior das massas e à enorme propagação entre elas do alcoolismo e da criminalidade" (Adriazola, 1941:49). Em vista disso, propunha a esterilização dos criminosos habituais ou congênitos, dos criminosos degenerados e daqueles que sofressem de insanidade moral; dos delinqüentes psicopatas, incluindo os que sofressem de epilepsia, esquizofrenia, demência precoce, paranóia ou retardamento; dos delinqüentes alcoólicos (sem exceção); e dos mentalmente doentes que, mesmo que não fossem delinqüentes, houvessem sido internados por ações violentas ou agressivas (Adriazola, 1941:50).

Inclinado a medidas ainda mais severas estava Miguel Levy, o diretor de Saúde do departamento, que em 1942 havia escrito um artigo sobre a decadência mental dos índios. Em 1944, no que deve ter parecido um tapa na cara do diretor Emilio Fernández e de toda a equipe do hospital, Levy proclamou que as condições do Manicomio eram tão ruins que seria preferível melhorar a situação por meio de uma "eutanásia seletiva, como se fazia nos países europeus mais civilizados" (Caballero Zamora, 1989:180). Considerando a opinião de Levy sobre a degeneração dos índios, não restam dúvidas quanto a quais pacientes mentais ele selecionaria para eliminação.

A maioria dos psiquiatras ou médicos interessados em psiquiatria (outros que não Jaime Mendoza) tendia a escrever sobre questões de natureza social ou política relacionadas com a saúde mental ou o desenvolvimento emocional, mas que não eram especificamente médicas ou técnicas. Embora houvesse algum conhecimento sobre a psicologia freudiana entre os médicos, como fica evidente nos arquivos do Manicomio, não há praticamente nenhum escrito sobre a teoria psicanalítica ou sobre psicoterapia na Bolívia. Situação bem distinta da verificada no vizinho Peru, onde nas primeiras décadas do século jovens intelectuais de esquerda, como José Carlos Mariátegui, haviam abraçado a psicanálise como uma ferramenta libertadora para entendimento das motivações e desejos humanos (Ruiz Zevallos, 1994).

Um dos poucos escritos que apresentavam a psicanálise a um público médico havia sido um artigo em duas partes publicado em 1926 pelo dr. Gregorio Mendizábal. Nesse artigo, ele delineia alguns dos princípios da

psicologia freudiana, inclusive o uso da psicanálise para tratamento da neurose (Mendizábal, 1926). Em 1940, em um artigo genérico sobre funções mentais e físicas normais, o dr. Otto Kleinberger, um médico do Manicomio Pacheco, utilizou as categorias 'inconsciente' e 'subconsciente' para descrever diferentes aspectos do desenvolvimento humano (Kleinberger, 1940). Nenhum desses trabalhos faz qualquer referência a qualquer prática real de terapia psicanalítica na Bolívia.

Quase todos os escritos de médicos ligados a questões de saúde mental na Bolívia tocam um ou outro gênero. Em Jaime Mendoza e Emilio Fernández há uma clara ligação de gênero com etnia. Em diversos de seus primeiros trabalhos, Mendoza atribui à embriaguez das mães a alta mortalidade infantil nas áreas mineiras da Bolívia e entre os índios em geral. Ele afirmava que as mulheres índias não alimentavam seus filhos adequadamente, não procuravam assistência médica quando necessário, e carregavam seus bebês nas costas durante suas farras, caindo depois, bêbadas, sufocando-os no estupor da embriaguez (Mendoza, 1988, 1920).[13] Apesar de haver retoricamente estendido a mão às camponesas, Fernández ainda parecia acreditar que a ignorância das mães era responsável pela má saúde materna e infantil. Ao final de seu artigo na *Revista del Instituto Médico Sucre* (1949), ele opina sobre as práticas rurais de parto e educação das crianças. As parteiras índias eram retratadas como megeras velhas e sujas, transmissoras de infecções puerperais, que faziam as mulheres parir na "posição de oração", o que causava hemorragias e inversões uterinas. Os bebês índios eram envoltos em trapos e enrolados por uma faixa que os convertia em uma "espécie de charuto". Devido à negligência de suas mães, as crianças índias estavam destinadas a uma vida de opressão e sofrimento (Fernández, 1949:63-64).

Diversos autores dedicaram considerável atenção às mudanças hormonais e aos impulsos sexuais como causas de distúrbios nas mulheres, mas, apesar de observarem algumas mudanças emocionais nos rapazes durante a puberdade, estas não eram vistas como causadoras de doença mental. Otto Kleinberger via a menstruação como um momento particularmente ameaçador para as mulheres, capaz de causar distúrbios mentais. Via, ainda, a menopausa como um potencial alívio após o qual as mulheres "voltavam ao equilíbrio físico e psíquico que, antes, haviam sido perturbados pela menstruação" (Kleinberger, 1940:22).

Em um artigo sobre educação durante a puberdade, Miguel Levy apresenta pontos de vista aparentemente contraditórios sobre as mulheres.

Afirma que "A natureza, em sua sabedoria, fez a mulher um ser fraco mas ativo, com um organismo delicado, porém fértil" (Levy, 1929:56). Contudo, mais adiante, no mesmo artigo, ele se refere com aprovação às idéias de feministas contemporâneas, dizendo: "a mulher de hoje tem uma inteligência viva, ela é precoce e vivaz e não tímida ou submissa (...) e é capaz de fazer serviço pesado. Apenas seu sexo a distingue do homem" (Levy, 1929:61). Mas, ainda um pouco mais à frente no mesmo artigo, ele se refere às mudanças psicológicas que as meninas experimentam na puberdade, especialmente na menstruação, como sendo freqüentemente as causas de histeria nas mulheres, especialmente se suas mães não as tiverem preparado com uma educação sexual "moral e delicada" (Levy, 1929:62-63). Além disso, ao discutir os objetivos da educação para os adolescentes, ele afirma que a meta para um menino era desenvolver "um homem verdadeiramente moral, saudável, tanto de corpo como de espírito", enquanto a menina deveria tornar-se uma "mãe carinhosa e respeitada" (Levy, 1929:58).

As opiniões de Levy certamente não eram singulares à época (ou até em tempos mais recentes), mas, assim como as idéias de outros médicos sobre as mulheres, elas têm importância, como veremos a seguir, por influenciarem o modo como eram entendidas as desordens mentais de pacientes femininas. Alguns médicos iam ainda mais longe em suas análises do que constituía uma doença mental nas mulheres. Gregorio Mendizábal (1926), por exemplo, em sua discussão sobre as pessoas que apresentam desvios mentais, classifica 'a prostituta' como uma personalidade psicótica, e diz acreditar que a maioria das mulheres se dedica à profissão por apreciar diversões frívolas como ir a cabarés, e desejar enfeitar-se e evitar o trabalho.

A Sociedade, por Dentro e por Fora

Em março de 1928, Lucía Guevara, a mãe de um paciente, escreveu ao diretor do Manicomio perguntando quanto teria de enviar para o cuidado de seu filho. Ela se declarava disposta a pagar o que fosse necessário para que ele tivesse um melhor tratamento. Em julho ela tornou a escrever, dizendo "Suplico que lhe dê todas as injeções necessárias para curá-lo. Pagarei todos os custos do tratamento". Aparentemente, ela achou que a oferta de pagamento não era suficiente para garantir os melhores cuidados a seu filho, de modo que, ao final da missiva, pateticamente acrescenta que estava enviando três caixas de doces ao hospital, uma para o diretor da ala masculina, uma para o médico e outra para seu filho.[14]

Ainda que sempre tenha havido parentes, como a sra. Guevara, que enviavam dinheiro aos administradores do hospital para assegurar que seus pacientes recebessem melhor tratamento, na década de 1940 duas classes de pacientes eram oficialmente reconhecidas: 'pensionados' e 'gratuitos'. De um lado, isso pode ser visto como a regularização de uma situação que se prestava a abusos e deve ter tranqüilizado os parentes o fato de saberem que poderiam pagar taxas estabelecidas, em vez de terem de angariar os favores da equipe do hospital para que seus parentes fossem bem tratados. De outro lado, era um tanto irônico que numa época em que havia um clamor contra o privilégio na sociedade boliviana, e em que a assistência médica começava a ser vista como um direito, fossem institucionalizadas instalações segregadas para os doentes mentais. Os 'pensionados' tinham suas próprias seções e comida melhor e mais abundante. Há também evidência de que, freqüentemente, recebiam tratamento, enquanto outros, com o mesmo diagnóstico, não. Em agosto de 1943, por exemplo, dois pacientes com diagnóstico de esquizofrenia foram admitidos no hospital. Genaro Serrano, de 22 anos, um chofer, foi internado no primeiro mês como 'pensionado'. Tratado com insulinoterapia, teria registrado enorme melhora, e foi liberado em 17 de novembro de 1943.[15] Em 12 de agosto, Santiago Rivera, um trabalhador rural em mau estado de nutrição, chegou ao hospital como 'gratuito'. Não recebeu qualquer tratamento "devido à falta de remédios". Não há registro sobre o final desse caso.[16]

Há também alguma evidência de que nem mesmo medidas para salvar as vidas dos pacientes eram tomadas se eles não pudessem pagar por elas. Em 18 de abril de 1943, Toribio Márquez, um mineiro de 30 anos de idade, foi admitido e recebeu diagnóstico de "psicose tubercular". Registrou-se seu estado de extrema subnutrição, e menos de um mês depois ele morreu de "consumpção tubercular". No histórico clínico anotou-se que ele começara a trabalhar muito cedo nas minas, "sempre com nutrição inadequada". O interno que redigiu o histórico observou: "ele come muito pouco". Não há indicação de que ele tenha recebido alimentação intravenosa, ou de que qualquer outra ação tenha sido tomada para melhorar seu estado macilento.[17] Em contraste, Alfredo Rivas Mayorga, um empregado de escritório, branco, que sofria de psicose alcoólica, chegou em junho de 1942 como 'pensionado' e recebeu todos os tipos de soros intravenosos, inclusive "um revigorante soro de açúcar" e "estimulantes hepáticos".[18]

Mesmo quando os 'pensionados' morriam, eles pareciam ter recebido bem mais atenção que os pacientes gratuitos em condições similares. Maximiliano Méndez, um comerciante branco de La Paz, com 62 anos de idade, chegou ao hospital em maio de 1938 e recebeu diagnóstico de neurossífilis em estágio avançado, no qual espiroquetas invadem o revestimento do cérebro ou a coluna espinhal. Morreu de falência cardíaca em novembro de 1943, mas até lá os médicos continuaram tentando vários tratamentos, apesar de sua condição ser declarada crônica. Recebeu mercúrio e bismuto para a sífilis e uma terapia contra malária.[19] Já Manuel Camargo, um mineiro de Corocoro com 40 anos de idade e apenas um ano de escolaridade, chegou ao hospital em 22 de outubro de 1942, sofrendo de subnutrição. Assim como Méndez, recebeu diagnóstico de paralisia sifilítica progressiva. Seu caso foi considerado sem esperanças, e ele morreu em 9 de dezembro de tuberculose intestinal, sem receber qualquer tratamento.[20]

As considerações de classe eram importantes até para determinar como os pacientes chegavam ao Manicomio e a recepção que receberiam. Em 26 de setembro de 1932, o presidente da Câmara Municipal de Cochabamba escreveu ao diretor do hospital explicando que no dia seguinte o sr. Selem Abad, um comerciante de nacionalidade sírio-palestina, iria chegar "em um dos aviões do Lloyd Aereo Boliviano". O sr. Abad havia tido o "infortúnio de perder sua razão", e o presidente da Câmara pedia ao diretor que lhe dispensasse a máxima consideração possível porque o sr. Abad "era um estrangeiro com profundo amor pela Bolívia".[21] De igual modo, o presidente da Câmara Municipal de La Paz escreveu ao diretor sobre Hector Valcárcel Moscoso, que estava indo para o hospital devido a "ataques mentais causados pela epilepsia". O presidente pedia à equipe do hospital que tratasse o sr. Valcárcel com deferência porque ele era "*una persona decente*" de La Paz.[22]

Muito mais comuns eram doentes mentais que chegavam ao hospital trazidos por agentes policiais e que, freqüentemente, sequer eram acompanhados por familiares porque estes não podiam arcar com a viagem. Uma carta de dezembro de 1928 do diretor do Hospital Viedma, da cidade de Cochabamba, explicava que "todos os 'alienados' que estou despachando foram-me enviados pela polícia, que os recolheu no campo".[23] Algumas vezes os registros dos pacientes recém-admitidos incluíam cartas das autoridades locais, ou documentos registrados em cartório de parentes ou empregadores explicando que eram violentos e perigosos, e não poderiam

ficar em suas casas. Um caso particularmente triste foi o de Rafaela Ramírez, de Sucre, que pediu o confinamento de seu empregado índio Alejandro N., menor e órfão. Ela afirmava que ele sofria de "alienação mental" e "não poderia permanecer na rua", sugerindo que ela o havia expulsado de casa devido a seu comportamento aberrante.[24] Não raro havia também uma carta de um médico local explicando que ele tratara a pessoa doente, mas que a gravidade da condição exigia seu internamento no Manicomio.

Para os pobres, ficar no hospital, mesmo como 'gratuito', poderia sair caro, porque a perda da renda de um membro adulto da família poderia representar privações significativas. Foi o caso de Jorge Plaza Ponce, que escreveu, em agosto de 1943, a Miguel Levy, em sua qualidade de principal autoridade da área da saúde no departamento de Chuquisaca, pedindo para ter alta do Manicomio. Ele afirmou que estava no hospital havia dois meses e que, graças aos cuidados do diretor e do médico, estava agora em perfeito estado de saúde. Seguia explicando que sua mulher viera a Sucre para cuidar dele e deixara seus filhos pequenos abandonados em sua casa, em Vilacaya, e que sua pequena roça seria arruinada em conseqüência de sua ausência. Suplicava às autoridades que o deixassem ir para casa.[25] O fato de que a mulher de Pérez estava em Sucre com ele indica que os pacientes que não podiam pagar por melhores cuidados podiam ser atendidos por um membro da família que, presumivelmente, lhe traria comida e roupas limpas. É evidente que a ausência de sua mulher de casa era um ônus financeiro adicional com o qual a família tinha de arcar. No entanto, uma vez obtida alta do hospital, a volta de um paciente para casa também poderia representar uma despesa considerável. Em janeiro de 1933 um interno escreveu à sra. Tomasa C., viúva de Chamorro, na cidade de Tarija, informando que o diretor médico do Manicomio declarara seu filho curado e que ele não demonstrara qualquer distúrbio mental durante sua permanência no hospital. Explica, em seguida, que para que o filho tivesse alta, sua mãe teria de enviar ao hospital o dinheiro para sua viagem de regresso, além de pagar as despesas de um acompanhante.[26]

A diferença de classes no hospital fica evidente não apenas no tratamento dos pacientes, mas também nos poucos empregados profissionais do Manicomio e no maior número de atendentes ou serventes que de fato tinham regularmente contato direto com os pacientes. Em geral, a equipe profissional compreendia o diretor, um ou dois médicos e um ou dois internos. Em 1937 havia 26 empregados não profissionais na ala masculina

do hospital, e 19 na ala feminina (Caballero Zamora, 1989). Os diretores costumavam reclamar dos atendentes e serventes e os acusavam de abusar dos pacientes, mas, aparentemente, tiveram muito pouco sucesso em modificar a situação. Durante sua gestão (1923-1926), Jaime Mendoza reclamou de várias formas de controle ou punição dos pacientes que eram "preferidas pelos serventes", tais como camisas-de-força, confinamento em celas ou banhos frios às seis da manhã (Balcazar, 1956:521).

Em 1937, o diretor Emilio Fernández perguntava:

> O que se pode fazer com subalternos que não cumprem com suas obrigações e cometem abusos que demonstram uma absoluta falta de dignidade e respeito pela instituição, como o servente que satisfaz seus instintos sexuais pervertidos com os pacientes, ou outro que os submete a maus-tratos, vem trabalhar embriagado, e aluga os pacientes para trabalho em obras de construção nas vizinhanças do hospital, ou outro que, à noite, rouba comida da copa do hospital ou vende pão aos pacientes em proveito próprio, ou outro ainda que com o pretexto de revistar os pacientes para ver se estão portando objetos perigosos rouba-lhes o pouco dinheiro que seus parentes lhes enviaram ou, finalmente, o empregado que toma as roupas que os pacientes recebem pelo correio? (apud Balcazar, 1956:521-522)

Os empregados do hospital recebiam salários extremamente baixos em comparação com os médicos, e freqüentemente deixavam de receber o que lhes era devido porque o governo federal deixava de enviar regularmente os fundos para a administração do Manicomio. Em 1940 o salário do diretor era de 1.100 pesos por ano. Cada interno recebia 800, enquanto os ajudantes homens que trabalhavam diariamente com os pacientes ganhavam 160 pesos anualmente.[27] Não recebiam qualquer treinamento sobre como lidar com portadores de doenças mentais e, na verdade, alguns eram pacientes postos a trabalhar no que se costumava chamar praxiterapia. Assim, trabalhadores pobres, sem treinamento, alguns dos quais com problemas mentais eles próprios, ficavam na linha de frente do manicômio. Para uma pessoa com tendências ao sadismo, ou receio quanto à própria sanidade, as possibilidades de perda de controle e violência eram óbvias. Para outros, a ignorância e a falta de respeito e reconhecimento de que eram alvos como empregados poderiam levar à insensibilidade e à brutalidade. Como Fernández comentou, "Parece que, com o tempo e o constante contato com o sofrimento humano, as sensibilidades ficam anestesiadas e os serventes acostumam-se com o sofrimento de seus semelhantes até

que se tornam indiferentes" (apud Balcazar, 1956:522-523). Ainda assim, é de se perguntar se não havia uma tendência dos profissionais da classe superior a culpar seus subordinados por problemas que eram estruturais e, em última análise, de responsabilidade da administração e dos médicos, não dos trabalhadores.

Nos registros do hospital, classe e raça estavam intimamente relacionadas e, como na sociedade boliviana em geral, as categorias raciais podiam ser flexíveis. Nem todos os formulários de admissão registravam a raça, mas naqueles em que isto foi anotado, além de um espaço para indicar a raça havia também, às vezes, um espaço para 'cor'. Assim, uma pessoa podia ser de raça branca, mas ter sua cor registrada como *blanco* ou *trigueño* (trigueiro), ou, ocasionalmente, *moreno* (escuro). Da mesma forma, os mestiços podiam ser *morenos* ou *trigueños*, mas os índios eram sempre identificados como *morenos*. O escritor boliviano Alcides Arguedas, numa tentativa de explicar a dificuldade em distinguir os brancos dos mestiços na Bolívia, escreveu em *Pueblo Enfermo* que "a qualidade étnica de um indivíduo é conseqüência de sua posição social" (Arguedas, 1991:36), princípio que parece ter sido seguido pelo pessoal do Manicomio.

Não apenas raça e cor eram variáveis um tanto independentes nos registros do hospital, como algumas vezes a raça de um paciente podia mudar, aparentemente por considerações econômicas ou sociais. Em seu formulário de admissão, por exemplo, Nelly Liscano Barrancos, uma estudante de Cochabamba com 22 anos de idade, foi primeiro classificada como *mestiza*, mas esta palavra foi apagada e substituída por *blanca* (apesar de apagada, a palavra '*mestiza*' ainda pode ser vista com clareza no formulário).[28] Mais abaixo, no mesmo formulário, indica-se que seu tio vivia em Sucre e era um juiz da Suprema Corte. Pode-se imaginar que, ao descobrir a informação sobre seu tio, a pessoa que preenchia o formulário voltou ao início e alterou a categoria racial. Outro paciente, Santiago Almafuerte, também parece ter mudado de categoria racial de acordo com a informação que o pessoal do hospital teve sobre sua educação e ocupação. As primeiras informações sobre Almafuerte indicavam que era um operário das minas de Oruro, e ele foi registrado como *mestizo*. Mais tarde, seus arquivos indicam ser ele um estudante universitário de 22 anos que trabalhava em tempo parcial para uma companhia de mineração, passando a classificá-lo como branco.[29]

Embora freqüentemente houvesse pacientes relacionados como índios, ou indígenas, os históricos clínicos dão poucas indicações de que os

médicos considerassem fatores culturais em seus diagnósticos. Evaristo Balmaceda, admitido em 1º de agosto de 1942, é um desses casos.[30] O formulário de admissão de Balmaceda indica que era casado, tinha 35 anos e era um camponês índio, e o interno que o entrevistou anotou que usava "roupas incomuns". Na verdade, Balmaceda usava três boinas e, sobre elas, um grande chapéu adornado com flores, dois casacos e uma gravata. Ele trazia um saco com vários itens que o interno considerou inúteis: arame, um rabo de boi que afirmava ser a causa de sua doença, e ferramentas de corte. No pé esquerdo tinha várias meias e uma polaina de borracha. Em seus sapatos havia várias unhas e ferraduras. Nos pulsos trazia diversos elásticos de borracha, como se fossem braceletes.

Balmaceda falava sem coerência, com grande animação e muitos gestos de mão. Fumava e mascava coca constantemente. Afirmando ser completamente são, dizia ter sido levado ao Manicomio por falsas acusações. Disse que vira e continuava vendo anjos e demônios, e que eles estavam sob seu poder. O vento era seu compadre e, se quisesse, poderia mandar que virasse o mundo de cabeça para baixo. Afirmava que tudo acontecia no mundo devido a forças internas ou externas. Para Balmaceda o sol era seu deus, seu médico e seu mestre, e a lua era a Virgem Maria. Recebeu diagnóstico de esquizofrenia, e o tratamento recomendado foi choque com Cardiazol. Embora não haja registro de qualquer tratamento, ele teve alta em 5 de abril de 1943 e foi declarado curado.

Em seu histórico clínico não há qualquer indicação de que os profissionais do hospital entendessem que algumas das afirmativas de Balmaceda refletiam crenças religiosas andinas. Na cosmologia andina, por exemplo, o sol de fato é um deus e o criador da vida, e a lua é considerada a rainha do sol, uma deidade feminina líder, freqüentemente identificada com a Virgem Maria do cristianismo. No entanto, as referências de Balmaceda a esses conceitos espirituais são tratados, em seu histórico clínico, como simples evidência de suas fantasias.

É de se perguntar, também, se delírios de grandeza e loquacidade podem ser vistos como particularmente aberrantes nos índios, que se acreditava fossem naturalmente impassíveis e sem imaginação. Megan Vaughan observou que na Niassalândia (no Malauí), na década de 1930, os psiquiatras ingleses consideravam que os pacientes africanos sofriam de delírios "de tipo europeu" se manifestassem poder e força ("Sou Deus", "Sou rico"), em oposição a delírios de "tipo africano" que os europeus achavam condizentes com sua cultura ("Minha mulher vem cometendo adultério", "Quero

comer pessoas"). Ela argumenta que parte do que fazia com que os africanos fossem "malucos" aos olhos dos europeus é que não fossem suficientemente "outros", isto é, que exibissem sintomas que não eram considerados característicos de seu desenvolvimento emocional (Vaughan, 1991:100-128). De modo similar, Evaristo Balmaceda pode ter desorientado os médicos com suas fantasias de que podia virar o mundo de cabeça para baixo, o que faria de um índio o senhor do universo. Mesmo as roupas excêntricas de Balmaceda não eram aquelas normalmente associadas com a vestimenta de bolivianos nativos. Parecem, ao invés, quase uma caricatura dos trajes de um cavalheiro europeu.

Os médicos podem também ter ficado perplexos com Carmelo Balsa, um camponês índio de 30 anos admitido em 1943. Com diagnóstico de esquizofrenia, Balsa afirmava ser capaz de falar inglês, francês, alemão, grego e turco, e dizia ser um hitlerista do partido de Busch. O médico que conduzia a entrevista ficou aparentemente surpreso com a sofisticação de Balsa, porque lhe perguntou como ouvira falar de Hitler. Balsa respondeu que o vento e o sol lhe haviam falado sobre ele.[31]

Mesmo se os médicos estivessem dispostos a levar em conta as diferenças culturais, os formulários usados para histórico clínico os desencorajavam. Por volta da década de 1940, o Manicomio Pacheco havia adotado modelos de questionários usados em instituições similares dos Estados Unidos e da Europa. Tratava-se de um esforço para padronizar as informações, profissionalizar a prática psiquiátrica e, muito importante, um passo para tratar os pacientes da mesma forma, fazendo a todos (a eles ou a um parente, se os próprios pacientes não estivessem em condições de falar) as mesmas perguntas, perguntas estas que, aparentemente, não estabeleciam premissas clínicas com base na posição social ou na etnia. No entanto, ao contrário das entrevistas psiquiátricas de hoje, em que o médico começa, geralmente, pedindo a avaliação do paciente sobre a própria situação (The Psychiatric Interview, 1987), os formulários do Manicomio, com suas perguntas sobre a idade do paciente, ou sua dentição, ou a duração dos períodos menstruais, tendia a forçar todos a um mesmo molde, deixando pouco ou nenhum espaço para os pensamentos do paciente, ou de seus parentes, sobre a doença. E tampouco havia espaço (salvo nas margens) para informações sobre a vida de uma pessoa, como, por exemplo, o fato de que Hipólito Caldas, um camponês de Valle Grande, em Santa Cruz, trabalhara diariamente nos campos do nascer ao pôr-do-sol

desde os oito ou nove anos (um detalhe que o médico que fazia a entrevista conseguiu espremer no formulário, aparentemente julgando-o relevante).[32] De fato, quando os médicos não utilizavam os formulários e realizavam simplesmente as entrevistas escrevendo os resultados, parece haver muito mais informações anedóticas sobre a pessoa e seus problemas e maior atenção à sua situação social e pessoal. Conquanto isso implique uma descrição mais complexa, às vezes essa informação adicional é tão reveladora quanto à atitude do médico como sobre as condições do paciente. Em 1939, por exemplo, um médico (que não está identificado), escrevendo sobre Emma Almagro, uma paciente de La Paz com 26 anos, disse: "Ela usa expressões e estilos muito acima de sua posição e educação".[33]

Nos registros do hospital, raça e classe nunca estão dissociadas de premissas sobre gênero. A discriminação das informações por sexo começa com os questionários para homens e mulheres, que diferem de forma importante. Embora ambos façam as mesmas perguntas sobre histórico familiar de doenças, uso de álcool, temperamento familiar, doenças que o paciente teve na infância etc., na seção sobre histórico sexual há divergências significativas entre as informações procuradas. A maioria das perguntas para as mulheres diz respeito à menstruação: data em que teve início, duração do período menstrual, desconforto durante o período. Essas perguntas são condizentes com os escritos de diversos médicos que enfatizavam os riscos psiquiátricos ligados à menstruação. Outra pergunta era: "Suas relações sexuais foram normais ou anormais"? (a resposta é invariavelmente "normais"). Ainda outra pergunta: "Antes ou depois de seu primeiro período você tinha algum pequeno vício? Masturbação, lesbianismo etc.?" (nenhuma admitiu qualquer deles). A seção do histórico sexual dos homens começa perguntando se o paciente era: "um mulherengo, um onanista ou um pederasta". Nos formulários, esses espaços ou eram deixados em branco, ou o paciente informava ser mulherengo. Em seguida, indaga-se se o paciente tem prazer no contato sexual e em que circunstâncias, e se jamais foi impotente.

Diante da redação dessas perguntas sobre sexo, não é de surpreender que, tanto para homens como para mulheres, nenhuma informação, praticamente, fosse obtida. Todos diziam que suas relações sexuais eram normais; a maioria dos homens afirmava que nunca tivera doenças sexualmente transmitidas, mesmo quando seus exames de sangue revelavam o contrário; nenhum admitiu que jamais tivesse tido impotência. No

entanto, as perguntas em si revelam premissas importantes sobre as diferenças entre homens e mulheres e as causas de seus problemas mentais que ficam evidentes em outras seções dos históricos clínicos.

Muitos dos homens, na verdade, sofriam de doenças venéreas, e uma boa parte estava hospitalizada devido à paralisia e à demência da neurossífilis. Também entre os homens há considerável ênfase no alcoolismo como fator precipitador de suas doenças. Diz-se freqüentemente que os pacientes diagnosticados como esquizofrênicos, maníacos, dementes, psicóticos tiveram sua condição pelo menos agravada pela bebida. Por exemplo, em 1942, Manuel J. Barreta Caceres, um comerciante de 42 anos, recebeu diagnóstico de esquizofrenia. Ele informara que ouvia vozes que lhe diziam para rezar porque era um pecador, que vira incêndios imaginários e dizia que casara umas poucas semanas antes, apesar de ser casado havia vários anos. A doença foi atribuída pelo dr. Otto Kleinberger, que o examinara, ao abuso de bebidas alcoólicas.[34] A Bolívia não era o único país com grandes números de pacientes cujas desordens mentais eram causadas por alcoolismo ou sífilis. Desde o final do século XIX os países europeus e os Estados Unidos haviam visto números crescentes de pessoas (em sua esmagadora maioria, homens) admitidos em asilos por insanidades relacionadas a essas condições (Shorter, 1997).

Embora algumas vezes se dissesse que mulheres sofriam de distúrbios mentais devido ao abuso de álcool, isto era muito mais raro que entre os pacientes homens. Algumas delas tinham doenças venéreas, mas não se encontra um só caso de neurossífilis entre as pacientes do Manicomio. Sexo tinha um significado diferente na doença mental das mulheres: relações sexuais ilícitas, ciúme, prostituição, papéis sexuais impróprios eram vistos como importantes causas de desarranjos mentais. Em outras palavras, os médicos pareciam adotar uma tosca abordagem psicanalítica em relação às mulheres, enquanto com os homens fatores similares não eram mencionados. Mesmo nos casos dos pacientes homens em que não havia causas fisiológicas claras para o problema apresentado, os médicos não psicologizavam muito. O corpo de funcionários do hospital parecia muito menos constrangido pelas perguntas dos formulários de histórico clínico das mulheres e mais propenso a encher várias páginas extras discutindo as experiências sexuais e até aventuras amorosas.

Os exemplos abundam. A esquizofrenia de Emma Almagro parece ter resultado de sua vida pessoal complicada, pela qual foi dito que ela sentia grande culpa. Ao ser admitida no hospital em 1939, quando tinha

26 anos de idade, ela coabitava havia cinco anos com um oficial do Exército. Embora sua mãe aprovasse a relação, a própria Emma tinha sérias dúvidas a respeito, porque era profundamente religiosa. Apesar disso, enquanto morava com o oficial, ela começara a ter relações sexuais com um jovem conhecido dele. Ela vivia aterrorizada, com medo de ser apanhada por seu companheiro, o que lhe causava grande ansiedade, que aumentara quando ficara grávida e abortara. Foi depois desse fato que ela começou a exibir sintomas de paranóia, acusando sua família de falar dela pelas costas e de instigar seu amante contra ela.[35]

Raquel Banzer Santander tinha 23 anos de idade quando foi admitida ao hospital, em 1940. Era analfabeta, solteira, e trabalhava como lavadeira. Havia sido abandonada pela família quando ainda era pequena, e "desde então vivia uma vida miserável, tanto material, como moralmente". Em conseqüência de sua situação, começara a prostituir-se, o que, acreditava-se, contribuíra para seu colapso.[36] No entanto, os médicos também lhe aplicaram tratamento para sífilis e descobriram que a medicação afastara os sintomas da doença, que ela havia adquirido recentemente, e também aliviara seus ataques. Também o médico que examinou Bertha Juárez acreditava que a culpa por transgressões passadas era um importante fator em sua doença. Essa dona de casa de Oruro chegou ao Manicomio em julho de 1940, aos 36 anos de idade, sofrendo alucinações visuais e auditivas. O médico anotou em seu histórico: "Ela é filha ilegítima; antes de casar-se diz-se que teve vida dissoluta, tendo começado a ter relações sexuais muito cedo, aproximadamente aos dez anos de idade. Possivelmente a preocupação que tem por essa vida é um fator de seu distúrbio mental".[37]

O fato de desviar-se dos papéis socialmente aceitos para mulheres era considerado um fator que contribuía para o colapso mental. Hilda Guerra fora estudante de odontologia de 1947 a 1951, quando seu médico mandou que parasse de estudar porque isto estava contribuindo para sua condição nervosa. Segundo sua mãe, ela fora uma das melhores alunas de sua turma antes de adoecer.[38] Ainda mais aberrante era Constantina Bejar Meriles, cuja idade não foi registrada. Ela era excelente aluna e atleta e participara em provas de ciclismo e equitação. Dizia-se que era de disposição afável e generosa e que havia escrito um livro-texto para alunos do primário. O problema que levou os pais de Constantina a levá-la ao hospital foi o fato de ela gostar de usar roupas masculinas e rejeitar as tentativas amorosas de homens.[39]

"Uma mulher com considerável experiência do mundo" foi a descrição feita de Clorinda Gutiérrez, uma mulher de Oruro, com 60 anos, que administrava um bar freqüentado por soldados. Ela própria bebia bastante e, em junho de 1933, intoxicada, aparentemente insultara o prefeito local, que mandara a polícia prendê-la e levá-la ao hospital local, de onde foi posteriormente encaminhada ao Manicomio, em Sucre. Para crédito seu, os médicos do Manicomio não a consideraram mentalmente doente. Ela recebeu tratamento para alcoolismo e foi liberada.[40]

Para muitas das pacientes femininas, o ciúme provocado pelas infidelidades, reais ou imaginárias, de seus maridos era considerado um dos primeiros sintomas de sua doença. Estefania Calderón Herrera, uma tecelã que entrou no hospital em junho de 1941, dizia-se, era extremamente ciumenta de seu marido, imaginando até que ele fazia sexo com animais.[41] Do mesmo modo, no caso de Lily Restrepo de Justiniano, a primeira indicação de insanidade fora seu ciúme do marido.[42] Mas, se algumas eram ciumentas, um número ainda maior sofria abusos de seus maridos. Muitas mulheres vinculam seu primeiro episódio de doença a golpes recebidos dos maridos. Foi o caso de Isabel Almazán, uma viúva de 43 anos e criadora de galinhas (*pollerera*) em Cochabamba.[43] De fato, dizia-se que, enquanto este vivera, ela fora extremamente humilde e submissa diante de seu marido. No caso de outra paciente, Celia Almeida de Alcazar, informou-se que ela era "resignada demais" porque havia aturado a hostilidade e a agressão de sua sogra e de sua cunhada, as quais haviam sido a causa de maus-tratos recebidos do marido.[44] Para outras mulheres, porém, as raízes de suas desordens estariam na falta de um amante. Por exemplo, Benedicta Alvarado, uma lavadeira solteira, havia tido apenas um amante que acabara casando-se com outra mulher. Dizia-se que Benedicta, agora com 40 anos e na menopausa, ficara tresloucada por não ter conseguido constituir uma família.[45]

Finalmente, há, nos arquivos das mulheres, considerável ênfase em 'problemas femininos', especificamente distúrbio emocional relacionado com a menstruação. No caso de Ofelia Gondra Siles, por exemplo, uma jovem de 19 anos que estudava em um convento, as freiras acreditavam que ela ficara doente porque tomava banho durante o período menstrual.[46] Outra paciente, Pura Correa de Kagel, enlouquecera depois que uma série de roubos ocorrera próximo a sua casa, no campo. Em certo momento, ela deitara na cama, agarrada ao revólver do marido, e ficara esperando os

invasores. Quando fez isso, disse seu marido, ela exalava um forte odor, e ele vira sangue escorrendo entre suas pernas.[47]

Insanidade e Diferença

Na década de 1940, embora a maioria das pessoas ainda não ficasse satisfeita em ser ali admitida, o Manicomio Pacheco já não era uma prisão onde os pacientes comiam gatos, ou onde, na ala masculina, havia apenas 30 colheres para 60 pacientes, como em 1918 (Caballero Zamora, 1989). O hospital havia tentado aumentar seus parcos recursos cobrando dos pacientes que pudessem pagar. Os médicos haviam experimentado algumas novas formas de tratamento, mais notavelmente a terapia de eletrochoque, e muitos, como Alberto Martínez, sentiam-se provavelmente gratificados por poder dizer que mais pacientes seus agora voltavam para suas casas e estavam "socialmente reabilitados" (Martínez Z., 1946:301). Há evidência nos históricos médicos de que a equipe profissional estava pelo menos tentando (freqüentemente, de forma bem rústica) levar os fatores emocionais em conta ao analisar os problemas dos pacientes. Utilizando os mesmos formulários de admissão para todos, os médicos faziam um esforço por profissionalizar a prática e tratar a todos da mesma forma, sem chegar a conclusões apressadas com base na posição de classe ou etnia.

O Manicomio Pacheco como um todo e os médicos que escreviam sobre saúde mental parecem ter sido razoavelmente representativos da situação do país, refletindo os conflitos sociais e as idéias contraditórias do período. Miguel Levy ainda argumentava abertamente que os índios não estavam prontos para uma cidadania integral, posição que começava a ficar embaraçosamente anacrônica na radical década de 1940. No entanto, outros médicos mais progressistas, como Emilio Fernández, que defendia diversos programas sociais para melhorar a situação das classes trabalhadoras, também viam o atraso da população indígena como obstáculo à sua completa integração social. Embora, ironicamente, Levy pudesse crescer em eloqüência ao perorar sobre a igualdade da mulher moderna com o homem, nenhum dos médicos, em seus escritos sobre o desenvolvimento humano ou sobre o bem-estar das mulheres e crianças, chegou a ponto de sugerir uma cidadania integral para as mulheres.

Devido à diversidade social dos pacientes do hospital, havia dentro do Manicomio os mesmos tipos de hierarquia que se observavam no país

como um todo. Aqueles que tinham dinheiro recebiam mais tratamento e melhor comida e alojamento, e as autoridades locais intercediam por eles junto à administração do hospital. Os pobres, que eram a maioria, recebiam pouco ou nenhum tratamento e, se tivessem sorte, dependiam de seus parentes para trazer-lhes comida e roupas. Eram também os pobres que acabavam trabalhando no hospital, em várias funções servis. Embora poucos médicos tenham concordado com a proposta de Miguel Levy de uma eutanásia seletiva para pacientes mentais, de alguma forma isto vinha ocorrendo. Devido à falta de cuidados, muitos pacientes, principalmente os pobres, morriam de subnutrição, malária, enterite etc.

Os médicos do Manicomio estavam particularmente mal preparados para entender os pacientes índios, seja por desconhecimento, seja por desatenção para com fenômenos culturais andinos que estavam relacionados com a doença e o bem-estar. Ao mesmo tempo, a despeito da uniformidade dos questionários usados nas entrevistas, tinham nítida dificuldade em tratar os pacientes indígenas da mesma forma que os não-índios admitidos ao hospital. Era difícil livrar-se dos preconceitos, e a idéia de que uma pessoa pudesse ser diferente sem ser inferior não era muito difundida. Nos históricos clínicos há indicações de certos tipos de comportamento que não se enquadravam no que os médicos entendiam ser a natureza dos índios: delírios de grandeza, roupas que não eram consideradas 'índias', conhecimento demasiado dos eventos correntes. As premissas sobre as mulheres parecem ter estado tão profundamente enraizadas quanto aquelas sobre os índios. Elas eram exaltadas como mães da nação, mas vistas como portadoras de práticas indígenas atrasadas e, com poucas exceções, seus males psiquiátricos eram atribuídos, de várias formas, ao sexo. Isso era uma clara influência de uma psicologia freudiana rasa que validara confortavelmente as crenças sobre o destino biológico das mulheres. De maneira reveladora, a despeito da aparente familiaridade dos médicos com alguma interpretação psicanalítica, eles jamais diziam que os pacientes masculinos do Manicomio tinham conflitos sexuais que teriam contribuído para suas doenças.

Durante esse período, na Bolívia, sob crescente pressão da mobilização popular, as leis eleitorais foram um tanto liberalizadas: aos homens bastava provar que eram alfabetizados para votar (a exigência de propriedades foi eliminada) e, em 1945, as mulheres alfabetizadas ganharam o direito a voto nas eleições municipais. Ainda em 1945, as uniões informais

consensuais ganharam o *status* legal de casamentos. Em uma época em que as mulheres índias começavam a conquistar maior igualdade política, os médicos do Manicomio ainda insistiam na 'diferença'.

Mulheres, índios e operários (claramente categorias não excludentes) eram vistos como 'outros' insubordinados quando exigiam direitos de cidadania. Os insanos eram geralmente vistos como pessoas fora dos marcos da comunidade humana. Aqueles que haviam 'perdido a cabeça' eram considerados profunda e ameaçadoramente 'outros'. Ironicamente, no entanto, um sintoma de insanidade em um índio poderia ser o fato de ele não agir suficientemente como 'índio'. Algumas das mulheres no hospital mental também eram vistas como insuficientemente femininas. Esses pacientes, em certo sentido, haviam se tornado 'outros' quando seus comportamentos deixaram de ser o que deles se esperava. No caso das mulheres, enlouquecer também estava comumente associado à própria essência feminina: reprodução e sexualidade; e, no caso dos índios, estes ainda eram considerados, congenitamente, emocionalmente imaturos e intelectualmente inferiores.

As contradições nos escritos dos médicos e nas atitudes diante dos pacientes demonstram que mudanças de consciência são processos intelectuais e emocionais complexos que ocorrem de forma desigual no curso das transformações sociais. Muitos médicos foram arrebatados pelo movimento em prol da democracia do período pós-Chaco, mas, como membros de uma elite privilegiada, educada, tinham dificuldade em aceitar, talvez até imaginar, o que significaria uma real igualdade com as mulheres.

Notas

[1] Muitos desses pontos já haviam sido defendidos por intelectuais bolivianos, ainda no mesmo século. Ver: Alcides Arguedas, 1910, especialmente o capítulo XI; Marie Danielle Demelas, 1981; Brooke Larson, 1998.

[2] Esta conclusão é similar à de Megan Vaughan para a África. Ver Vaughan, 1991, que é discutida mais adiante neste artigo.

[3] Sobre eugenia na América Latina, ver: Nancy Leys Stepan, 1991.

[4] Segundo Alfredo Caballero Zamora (1989), em 1988 havia apenas 26 psiquiatras na Bolívia.

[5] Caballero Zamora, 1989:46; Archivo Nacional de Bolivia (doravante ANB), Instituto Psiquiátrico Nacional de Mujeres (doravante IPM) 41, Estadísticas; Instituto Psiquiátrico Nacional de Varones (doravante IPV) 75, Estadísticas.

[6] ANB, IPV, 75, Estadísticas. Todas as estatísticas sobre homens discutidas a seguir provêm desta fonte.

[7] ANB, IPM, 41, Estadísticas. Todas as estatísticas sobre mulheres discutidas a seguir provêm desta fonte.

[8] Bureau of the Census, Patients in Hospitals for Mental Disease, 1934, 1935, 1936; National Institute of Mental Health, Patients in Mental Institutions, 1947, 1948, 1949.

[9] ANB, IPV,11, Correspondência. Julio C. Fortún al Presidente de Honorable Consejo Municipal de Sucre, 14 nov., 1930.

[10] ANB, IPV, Resúmenes, 1947, 1948.

[11] Por exemplo: Mendoza, 1988, 1920.

[12] Sobre a influência lamarckista em questões de eugenia na América Latina e sua importância nos países racialmente mistos da região, ver Stepan, 1991, especialmente o capítulo 3, páginas 84-95.

[13] Sobre a percepção das mulheres como mais que 'índias' e mantenedoras das tradições indígenas, ver: Marisol de La Cadena, 1991 e Marcia Stephenson, 1999.

[14] ANB, IPV 9, Correspondência, Casta L., viúva de Granada Guevara, a Antenor de la Vía García, Cochabamba, 29 mar., 1928 e 19 jul., 1928. Com o objetivo de proteger a identidade dos pacientes, utilizei o prenome verdadeiro mas criei um sobrenome fictício, que inicia com a mesma letra do sobrenome verdadeiro.

[15] ANB, IPV, 63, Histórias Clínicas.

[16] ANB, IPV, 60, Histórias Clínicas.

[17] ANB, IPV, 59, Histórias Clínicas.

[18] ANB, IPV, 63, Histórias Clínicas.

[19] ANB, IPV, 59, Histórias Clínicas.

[20] ANB, IPV, 59, Histórias Clínicas.

[21] ANB, IPV 13, Correspondência, Guillermo Prudencio ao Sr. Presidente de la Sociedad Administradora de Manicomios, Cochabamba, 26 set., 1932.

[22] ANB, IPV 12, Correspondência, Oficial Mayor del H. Consejo Municipal de La Paz ao Señor Director del Manicomio Pacheco, La Paz, 3 jul., 1931.

[23] ANB, IPV 9, Correspondência, Ysrael Segarra ao Director del Manicomio Pacheco, Cochabamba, 7 dez., 1928.

[24] ANB, IPB 9, Correspondência, Rafaela Rosales ao sr. Director del Manicomio Pacheco, Sucre, 31 out., 1928.

[25] ANB, IPV 60, Histórias Clínicas. Jorge Pérez Ponce ao Jefe de Sanidad Departamental, Sucre, 9 ago., 1943.

[26] ANB, IPV 14, Correspondência, Interno à sra. Tomasa C., viúva de Cherroni, Sucre 19 jan., 1933.

[27] ANB, IPV 75, Estadísticas.

[28] ANB, IPM, 2, Papeletas de Ingreso.

[29] ANB, IPV, 59, Histórias Clínicas.

[30] ANB, IPV, 59, Histórias Clínicas.

[31] ANB, IPV 63, Histórias Clínicas.

[32] ANB, IPV 59, Histórias Clínicas.

[33] ANB, IPM 1, Filiaciones.

[34] ANB, IPV 59, Histórias Clínicas.

[35] ANB, IPM 11, Histórias Clínicas.

[36] ANB, IPM 11, Histórias Clínicas.

[37] ANB, IPM 11, Histórias Clínicas.

[38] ANB, IPM 11, Histórias Clínicas.

[39] ANB, IPM 11, Histórias Clínicas.

[40] ANB, IPM 11, Histórias Clínicas.

[41] ANB, IPM 11, Histórias Clínicas.

[42] ANB, IPM 12, Histórias Clínicas.

[43] ANB, IPM 11, Histórias Clínicas.

[44] ANB, IPM 11, Histórias Clínicas.

[45] ANB, IPM 1, Filiaciones.

[46] ANB, IPM 1, Filiaciones.

[47] ANB, IPM 1, Filiaciones.

Fontes Primárias

ARCHIVO NACIONAL DE BOLIVIA (ANB), Sucre.

INSTITUTO PSIQUIÁTRICO NACIONAL DE MUJERES (IPM): Estadísticas, Histórias Clínicas, Filiaciones.

INSTITUTO PSIQUIÁTRICO NACIONAL DE VARONES (IPV): Correspondencia, Estadísticas, Histórias Clínicas.

Referências Bibliográficas

ACTAS DE LAS SEGUNDAS JORNADAS MÉDICO-QUIRÚRICAS NACIONALES. Sucre: Universidad Mayor Real y Pontificia de San Francisco Xavier de Chuquisaca, 1948.

ADRIAZOLA, C. Ley de esterilización social. *Revista del Instituto Médico Sucre*, 73:48-50, 1941.

ANTEZANA ESTRADA, J. Proyecto de Código Sanitario de Bolivia. *Primer Congreso Médico Nacional (Trabajos Presentados)*. La Paz: s. n., 1939.

ARGUEDAS, A. *Pueblo Enfermo.* Barcelona: Casa Editorial de vda. de Luis Taaso, 1910.

ARGUEDAS, A. *Pueblo Enfermo*. 3.ed. La Paz: Libreria Editorial Juventud, 1991.

ARZE AGUIRRE, R. D. *Guerra y Conflictos Sociales: el caso rural boliviano durante la Campaña del Chaco*. La Paz: Centro de Estudios de la Realidad Económica y Social, 1987.

BALCAZAR, J. M. *Historia de la Medicina en Bolivia.* La Paz: Ediciones Juventud, 1956.

BOLETÍN DEL MINISTERIO DE HIGIENE Y SALUBRIDAD, 2(2), 1939.

BUREAU OF THE CENSUS. *Patients in Hospitals for Mental Disease, 1934*. Washington: United States Government Printing Office, 1936.

BUREAU OF THE CENSUS. *Patients in Hospitals for Mental Disease, 1935.* Washington: United States Government Printing Office, 1937.

BUREAU OF THE CENSUS. *Patients in Hospitals for Mental Disease, 1936*. Washington: United States Government Printing Office, 1938.

CABALLERO ZAMORA, A. *La Institucionalización de la Locura en Bolivia*. Quito: Consejo Latinoamericano de Ciencias Sociales, 1989.

DE LA CADENA, M. La mujeres son más indias: etnicidad y género en una comunidad del Cuzco. *Revista Andina*, 9(1):7-26, 1991.

DEMELAS, M. D. Darwinismo a la criolla: el darwinismo social en Bolivia, 1880-1910. *Historia Boliviana*, 1(2):55-82, 1981.

DIBBITS, I. et al. *Polleras Libertarias: Federación Obrera Femenina, 1927-1965*. La Paz: Tahimapu/Hisbol, 1989.

DUNKERLEY, J. *Rebellion in the Veins: political struggle in Bolivia, 1952-1982*. London: Verso, 1984.

FERNÁNDEZ, E. Protección a la madre y al hijo. *Revista del Instituto Médico Sucre*, 85:53-64, 1949.

KLEIN, H. S. *Bolivia: the evolution of a multi-ethnic society*. 2.ed. New York: Oxford, 1992.

KLEINBERGER, O. El principio y desarrollo de las facultades y actividades mentales y corporales, y consideraciones de la in-y subconsciencia. *Revista del Instituto Médico Sucre*, 72:13-22, 1940.

LARSON, B. Race, democracy, and the politics of indian education in Bolivia: crafting neocolonial modernity, 1900-1920. Paper presented at the LatinAmerican Studies Association Meeting, Chicago, 1998.

LEHM, Z. & RIVERA CUSICANQUI, S. *Los Artesanos Libertarios y la Etica del Trabajo*. La Paz: Taller de Historia Oral Andina, 1988.

LEVY, J. E. Epilepsy. In: BYNUM, W. F. & PORTER, R. (Eds.) *Companion Encyclopedia of the History of Medicine*. London, New York: Routledge, 1993. p.713-718.

LEVY, M. Educación en el período de la pubertad. *Revista del Instituto Médico Sucre*, 51:55-70, 1929.

LEVY, M. La declinación mental del indio: sus procesos mentales. *Revista del Instituto Médico Sucre*, 74:15-33, 1942.

MARTÍNEZ Z., J. A. El 'electro-shock' (electro-plexia): su aplicación en el Manicomio Nacional 'Pacheco'. *Primeras Jornadas Médico-quirúrgicas Nacionales*. La Paz: Ateneo de Medicina de La Paz, 1946.

MELEAN, A. *La Sanidad Boliviana en la Campaña del Chaco*. Cochabamba: Edición Particular, Imprenta de la Universidad, 1938.

MENDIZÁBAL, G. Higiene y profilaxis mental. *Revista del Instituto Médico Sucre*, 44:39-51, 1926.

MENDOZA, J. Una indicación (en favor de los niños de las clases obreras). *Revista del Instituto Médico Sucre*, 38:455-472, 1920.

MENDOZA, J. El trípode psíquico. *Revista del Instituto Médico Sucre*, 65:65-80, 1937a.

MENDOZA, J. La defensa de los niños. *Revista del Instituto Médico Sucre*, 65:1-14, 1937b.

MENDOZA, J. La esquizofrenia. *Revista del Instituto Médico Sucre*, 68:1-8, 1938.

MENDOZA, J. *En las Tierras del Potosí*. Cochabamba: Los Tiempos, Los Amigos del Libro, 1988. [1.ed. 1911]

NATIONAL INSTITUTE OF MENTAL HEALTH. *Patients in Mental Institutions, 1947*. Washington: United States Government Printing Office, s.d.

NATIONAL INSTITUTE OF MENTAL HEALTH. *Patients in Mental Institutions, 1948*. Washington: United States Government Printing Office, s.d.

NATIONAL INSTITUTE OF MENTAL HEALTH. *Patients in Mental Institutions*, 1949. Washington: United States Government Printing Office, s. d.

OSORIO, E. L. El ejercicio de la medicina ante los actuales problemas de reforma del orden social. *Revista del Instituto Médico Sucre*, 81:3-11, 1946.

RIVERA CUSICANQUI, S. *Oprimidos pero no Vencidos: luchas del campesinado aymara y quechua, 1900-1980*. La Paz: Hisbol-CSUTCB, 1984.

RUIZ ZEVALLOS, A. *Psiquiatras y Locos: entre la modernización contra los Andes y el nuevo proyecto de modernidad. Perú, 1850-1930.* Lima: Instituto Pasado y Presente, 1994.

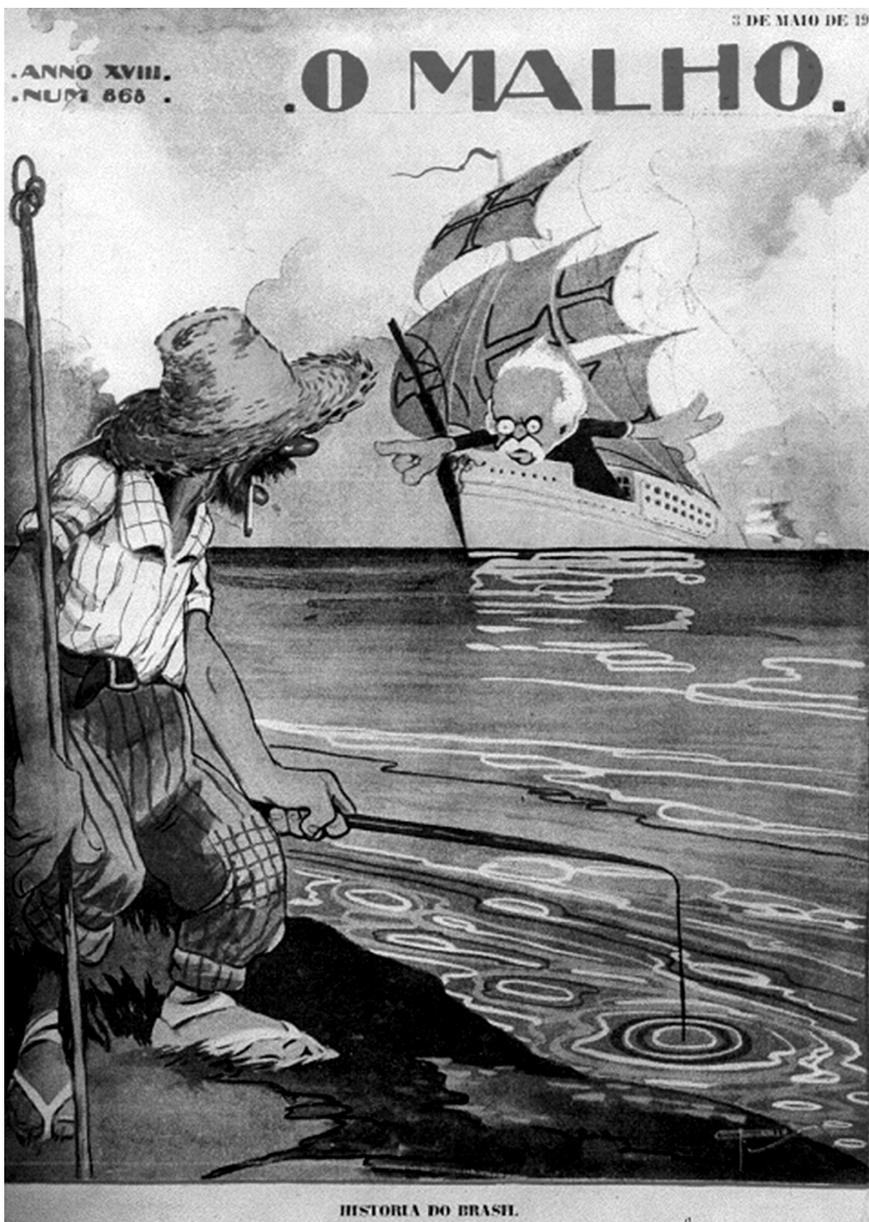
SHORTER, E. *A History of Psychiatry: from the era of the asylum to the age of Prozac*. New York: John Wiley and Sons, 1997.

STEPAN, N. L. *The Hour of Eugenics: race, gender and nation in Latin America*. Ithaca: Cornell University Press, 1991.

STEPHENSON, M. *Gender and Modernity in Andean Bolivia*. Austin: University of Texas Press, 1999.

THE PSYCHIATRIC INTERVIEW. In:*The Merck Manual*. 15.ed. Rahway, NJ: Merck, Sharp and Dohm Research Laboratories, 1987. p.1.458-1.462

VAUGHAN, M. *Curing their Ills: colonial power and African illness*. Stanford: Stanford University Press, 1991.

WADSWORTH, A. C. & DIBBITS I. *Agitadores de Buen Gusto: historia del Sindicato de Culinarias (1935-1958)*. La Paz: Tahimapu/Hisbol, 1989.

Capa de *O Malho* com charge de J. Carlos (maio de 1919), sob o impacto da conferência de Rui Barbosa intitulada "A questão política e social do Brasil". Acervo da Fundação Casa de Rui Barbosa.

"Pouca saúde e muita saúva": sanitarismo, interpretações do país e ciências sociais*

Nísia Trindade Lima e Gilberto Hochman

* Versão revista e ampliada de artigo publicado em *Ciência e Saúde Coletiva*, 5(2), 2000.

Com a frase que dá título a este trabalho, Macunaíma assinou o livro de visitas do Instituto Butantan, que, segundo o irreverente personagem de Mário de Andrade, era o orgulho dos paulistas. O escritor estabelecia diálogo em torno da preguiça como expressão do modo de ser dos brasileiros e reportava-se também à força que a imagem da doença teve na composição dos retratos do Brasil em que se acentuavam seus 'males' de origem.

Aqui, pretendemos mostrar que os textos dos higienistas das três primeiras décadas do século XX ultrapassaram os limites do debate sobre saúde e informaram representações mais amplas sobre a sociedade. Reportamo-nos especialmente à visibilidade do movimento pró-saneamento rural durante a República Velha, com a construção de imagens fortes sobre o Brasil e sobre os brasileiros, e à influência do diagnóstico sobre a nação feito pelos higienistas em textos literários e de divulgação. É sobre a presença dessa versão sobre o 'Brasil doente' que concentramos nossa atenção.

Nossa sugestão é que o movimento pelo saneamento teve um papel central e prolongado na reconstrução da identidade nacional a partir da identificação da doença como elemento distintivo da condição de ser brasileiro. Trata-se, em suma, de uma reflexão em torno de um diálogo muitas vezes implícito entre as matrizes da saúde pública e conhecidas teses do pensamento social e político brasileiro. Ou, melhor, de perceber como uma perspectiva médico-higienista da sociedade brasileira se transforma numa questão da cultura e da política, compartilhada por diferentes intelectuais e por outros grupos sociais.

Tal perspectiva guarda forte relação com as matrizes dualistas de reflexão sobre o Brasil, que apontam não apenas para os contrastes, mas para as lacunas, para as ausências. No Brasil, a ciência do início do século XX e, ainda, a ciência social institucionalizada a partir dos anos 30 podem ser consideradas as linguagens, por excelência, do processo de construção nacional. Constitutiva da matriz dualista, a ciência buscava identificar os sintomas de nossa cultura, submetendo-os ao espelho crítico de um outro civilizado, constituindo-se, enfim, em um instrumento do projeto modernizador que garantiria uma almejada sintonia com o progresso. Assim, o Brasil foi pensado por intermédio de suas ausências e o homem brasileiro caracterizado como atrasado, indolente, doente e resistente aos projetos de mudança.

Aqui, procuraremos, em primeiro lugar, discutir a presença de tais discursos e o seu elo com as ciências sociais no processo de deslocamento, e mesmo de recusa, de teses marcadas pelo fatalismo de cunho biologizante. O foco recairá sobre os textos dos médicos-higienistas, sua campanha pelo saneamento do Brasil e sua influência sobre intelectuais do período. Parte significativa do trabalho é dedicada ao debate paradigmático em torno do personagem Jeca Tatu, criado pelo escritor paulista Monteiro Lobato. Discutimos, a seguir, a importância dos registros médico-sanitários e do pensamento higienista no debate sobre as resistências culturais à mudança, de forte presença nos textos iniciais da chamada fase de institucionalização das ciências sociais no Brasil, caracterizada pela criação dos cursos universitários de sociologia e antropologia.

O Pensamento Médico-higienista, o Movimento Sanitarista e a Redescoberta do Brasil

A referência aos males do Brasil é tema constante em diversos momentos de nossa história intelectual. Da condenação à civilização proclamada por Euclides da Cunha à melancolia identificada por Paulo Prado, poucos foram os autores que não usaram tonalidades cinza e negativas para retratar o país.

Para alguns, como Tavares Bastos e Manoel Bonfim, o traço negativo radicava-se na herança ibérica com sua tradição estatizante e pouco propensa à iniciativa individual. Para outros, a composição étnica da população, na qual predominavam raças ditas inferiores e mestiços, consistia no principal obstáculo. Questões como raça e herança colonial assumem crescente importância nas controvérsias intelectuais e científicas que marcam o último quartel do século XIX e as três primeiras décadas do século XX.

O deslocamento da ênfase do que seriam as mazelas do Brasil – herança colonial, composição étnica da população, ausência do poder público nas áreas de educação e saúde, entre outros diagnósticos que se sucederam ao longo desse período – revela a persistência do tema das bases sobre as quais se poderia construir uma nação. Essa percepção negativa tão recorrente no pensamento social brasileiro apresenta como característica a procura de uma dicotomia. Busca-se, aqui, encontrar as origens dessa dicotomia no passado e propor alternativas políticas para sua superação (Santos, 1978). As visões sobre as mazelas do Brasil se dão dentro

de um enquadramento dualista habitado por pares indissociáveis, tais como litoral-sertão, saúde-doença e moderno-atrasado.

Entre essas formas de refletir sobre os dilemas da nação brasileira, o movimento pela reforma da saúde pública e pelo saneamento rural, que tanta visibilidade adquiriu entre 1910 e 1930, teve um papel decisivo no debate mais amplo sobre interpretações, dilemas e rumos da sociedade brasileira.

A importância de teses originárias do pensamento higienista em ensaios sobre as sociedades pode ser verificada em diferentes contextos nacionais, como demonstram estudos relativos ao advento do pasteurianismo na França e as concepções sobre higiene, doença e processos terapêuticos noS Estados Unidos da América em sua relação com aspectos da cultura daquela sociedade (Breeden, 1988; Murard & Zylberman, 1985; Whorton, 1982). No caso brasileiro, a higiene, entre outros discursos de base científica, teve forte presença nas interpretações sobre os dilemas e as alternativas em pauta para a construção da nação. A idéia de 'males do Brasil' não apresenta, dessa forma, apenas uma analogia com o discurso médico, mas traz em si uma alusão às doenças como obstáculo ao progresso ou à civilização.

O movimento pela reforma da saúde pública nas duas últimas décadas da Primeira República foi caracterizado por Castro Santos (1985, 1987) como um dos elementos mais importantes no processo de construção de uma ideologia da nacionalidade, com impactos relevantes na formação do Estado brasileiro. Essa percepção tem sido incorporada por vários estudos que abordaram direta ou indiretamente o tema, e constitui, a nosso juízo, o ponto de partida para qualquer reflexão sobre saúde pública no Brasil republicano (Britto, 1995; Hochman, 1998; Lima & Britto, 1996; Lima & Hochman, 1996; Casa de Oswaldo Cruz, 1991).

No Brasil da década de 1910, a intensificação do debate sobre saúde e saneamento acontece no contexto do surgimento de inúmeros movimentos de caráter nacionalista. De fato, o período correspondente à Primeira Guerra Mundial e ao imediato pós-guerra foi, no exterior e no Brasil, marcado por uma intensa atuação de movimentos nacionalistas, que pretendiam descobrir, afirmar e reclamar os princípios da nacionalidade e realizá-los por intermédio do Estado (Joll, 1982; Hobsbawm, 1991). Além disso, há inúmeras indicações de como as guerras – em função de problemas de recrutamento e de derrotas militares – favoreceram debates e polêmicas

sobre determinismo e melhoria racial, nos quais as condições de saúde tiveram um papel relevante.[1]

A guerra na Europa também gerou problemas de imigração, higiene e controle sanitário das importações e exportações. Várias conferências internacionais foram organizadas para discutir e criar regras e estratégias de controle sanitário, que tinham sérias implicações para um país exportador de matérias-primas e receptor de imigrantes, como o Brasil. A Primeira Guerra foi, igualmente, um marco no que se refere à mortalidade da população civil e de tropas, devido às condições sanitárias nos campos de batalha da Europa. Seu término foi acompanhado pela pandemia da gripe espanhola, cujo impacto, inclusive no Brasil, pode ser avaliado pelas estimativas que apontam 30 milhões de mortes em todos os continentes, entre março de 1918 e janeiro de 1919 (Crosby, 1993; Patterson & Pyle, 1991).

No caso brasileiro, movimentos como a Liga de Defesa Nacional e a Liga Nacionalista vislumbraram diversos caminhos para a recuperação e/ou fundação da nacionalidade: saúde, educação, civismo e valores nacionais, serviço militar obrigatório, entre outros (Skidmore, 1989; Oliveira, 1990). A Liga Pró-Saneamento do Brasil, fundada em 11/2/1918 (no primeiro aniversário da morte de Oswaldo Cruz) e liderada pelo médico e inspetor-sanitário Belisário Penna, pretendia alertar as elites políticas e intelectuais para a precariedade das condições sanitárias e obter apoio para uma ação pública efetiva de saneamento no interior do país ou, como ficou consagrado, para o 'saneamento dos sertões'. Em um contexto no qual prosperava a idéia de salvação nacional, o sanitarismo encontrava-se sintonizado com as tendências gerais das correntes nacionalistas brasileiras, sendo tributário das observações de Euclides da Cunha sobre o sertão e os sertanejos (Castro Santos, 1985, 1987; Oliveira, 1990).

Cabe assinalar quatro eventos significativos e fundadores do movimento sanitarista. Primeiro, o enorme impacto da publicação, em 1916, do relatório da expedição médico-científica do Instituto Oswaldo Cruz, realizada em 1912 por Arthur Neiva e Belisário Penna, ao interior do Brasil. O relatório revelava um país com uma população desconhecida, atrasada, doente, improdutiva e abandonada, e sem nenhuma identificação com a pátria (Neiva & Penna, 1916; Casa de Oswaldo Cruz, 1991).[2] Segundo, a repercussão dos artigos de Penna sobre saúde e saneamento, publicados no jornal *Correio da Manhã*, entre 1916 e 1917, e depois reunidos em 1918, sob o título de *O Saneamento do Brasil*. Um terceiro evento foi

o discurso – tomado como inaugurador do movimento pelo saneamento do Brasil, dado seu impacto – de Miguel Pereira, pronunciado em outubro de 1916, caracterizando o país como um imenso hospital. Por último, a própria atuação da Liga Pró-Saneamento, entre 1918 e 1920, período em que se inicia a implementação da reforma dos serviços de saúde federais.

A emblemática frase de Miguel Pereira fazia parte de um discurso muito citado, pouco conhecido, do qual destacamos o trecho principal:

> fora do Rio ou de S. Paulo, capitais mais ou menos saneadas, e de algumas ou outras cidades em que a previdência superintende a higiene, o Brasil é ainda um imenso hospital. Num impressionante arroubo de oratória já perorou na câmara ilustre parlamentar que, se fosse mister, iria ele, de montanha em montanha, despertar os caboclos desses sertões. Em chegando a tal extremo de zelo patriótico uma grande decepção acolheria sua generosa e nobre iniciativa. Parte, e parte ponderável, dessa brava gente não se levantaria; inválidos, exangues, esgotados pela ancilostomíase e pela malária; estropiados e arrasados pela moléstia de Chagas; corroídos pela sífilis e pela lepra; devastados pelo alcoolismo; chupados pela fome, ignorantes, abandonados, sem ideal e sem letras ou não poderiam estes tristes deslembrados se erguer da sua modorra ao apelo tonitruante de trombeta guerreira, (...) ou quando, como espectros, se levantassem, não poderiam compreender por que a Pátria, que lhes negou a esmola do alfabeto, lhes pede agora a vida e nas mãos lhes punha, antes do livro redentor, a arma defensiva. (Pereira, 1922:7)

O discurso, uma saudação ao professor Aloysio de Castro, diretor da Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro (FMRJ), foi pronunciado no contexto de um debate de cunho nacionalista, em torno do recrutamento e serviço militar obrigatórios, e dialogava com a pregação de Olavo Bilac, direcionada para os estudantes de direito e medicina.[3] Miguel Pereira, professor da FMRJ e presidente da Academia Nacional de Medicina (ANM), criticava a ingenuidade e a ignorância sobre o Brasil de um deputado federal mineiro, que declarara estar disposto, em caso de invasão, a ir aos sertões e convocar os caboclos para defender o país. Lembrava que foi justamente no estado natal desse deputado, na cidade de Lassance, que Carlos Chagas, em 1909, havia descoberto a doença que leva o seu nome – mal de Chagas –, que idiotizava e deformava milhões de brasileiros, tornando-os imprestáveis tanto para o trabalho quanto para servir à pátria. A realidade sanitário-educacional no interior do país desmentia a retórica romântico-ufanista sobre o caboclo e o sertanejo.

Pereira havia se inspirado no então recém-publicado relatório da expedição científica organizada pelo Instituto Oswaldo Cruz que, chefiada por Arthur Neiva e Belisário Penna, percorreu o norte da Bahia, sudoeste de Pernambuco, sul do Pará, cruzando Goiás de norte a sul.[4] Esse relatório foi peça fundamental para um diagnóstico, ou melhor, para uma 'redescoberta' do Brasil, que mobilizou intelectuais e políticos, e impulsionou a campanha pelo saneamento. Além disso, o retrato do país apresentado no relatório foi comentado e reproduzido em jornais e em debates acadêmicos e parlamentares, tendo convencido parte da opinião pública quanto ao seu cruel diagnóstico.

Ao percorrer durante sete meses uma extensa área onde predominavam regiões periodicamente assoladas pela seca, visando à elaboração de estudo preliminar para a construção de açudes pelo governo federal, a expedição realizou amplo levantamento, inclusive fotográfico, das condições climáticas, socioeconômicas e nosológicas (Casa de Oswaldo Cruz, 1991). O relatório ressaltava a necessidade de ações profiláticas que impedissem a associação perversa entre disponibilidade de água e foco de doenças, especialmente a malária. Continha também informações sobre clima, fauna e flora, registrando, em detalhes, as doenças que afetavam os habitantes daquelas regiões, suas condições de vida e suas atividades econômicas, além de apresentar sugestões às autoridades públicas (Neiva & Penna, 1916).

Um argumento importante do relatório é que se estava diante de uma população abandonada e esquecida, que, mesmo vitimada por doenças, ainda se apresentava, em algumas regiões, como em certas localidades da Bahia e de Pernambuco, robusta e resistente. De qualquer forma o cenário geral era descrito como 'dantesco', sendo alarmante o número de portadores da doença de Chagas, especialmente em Goiás. Os médicos Belisário Penna e Arthur Neiva ressaltam o contraste entre a retórica romântica sobre o caboclo e o sertanejo e o que observaram e relataram. A descrição real era de um povo ignorante, abandonado, isolado, com instrumentos primitivos de trabalho, desconhecendo o uso da moeda, tradicionalista e refratário ao progresso. Esse quadro de isolamento era responsável pela ausência de qualquer sentimento de identidade nacional. Um povo que desconhecia qualquer símbolo ou referência nacional, ou melhor, "a única bandeira que conhecem é a do divino" (Neiva & Penna, 1916:121).[5]

A ausência absoluta de qualquer identificação com o Brasil era acentuada, de acordo com Neiva e Penna (1916), pelo abandono por parte do

governo federal, presente apenas para extrair recursos de uma população que quase não os possuía. Apesar de a descrição da população, no relatório, muitas vezes, assemelhar-se a uma imagem negativa corrente nos textos do período, a grande mudança está na atribuição de responsabilidade pela apatia e pelo atraso. Seriam o governo e a doença, e não mais a natureza, a raça ou o próprio indivíduo, os grandes culpados pelo abandono da população à sua própria sorte. As autoridades públicas, em todos os níveis, são apontadas como as verdadeiras responsáveis pela situação vigente no interior do país, deixando como legado as endemias rurais e suas funestas conseqüências para o desenvolvimento do país. No auge da repercussão de seu relatório, Arthur Neiva relembrava que tinha encontrado as populações "dos geraes... vivendo ao Deus dará" (Neiva, 1917:23).

Em um primeiro movimento de qualificação, o termo 'sertões' passa a ser sinônimo de abandono, ausência de identidade nacional e difusão de doenças endêmicas. O movimento sanitarista classificou o isolamento do sertanejo, destacado por Euclides da Cunha, como um estado de desamparo da população rural pelas autoridades governamentais. Esse diagnóstico não só embasava demandas por ações positivas do governo em matéria de saneamento e saúde pública e pelo aumento da presença da autoridade pública em vastas áreas desassistidas do país como também apresentava a possibilidade de conformar uma identidade de ser brasileiro distinta daquela fornecida pela doença. Nesse diagnóstico, 'os sertões' continham um grande hospital: eram ao mesmo tempo abandono e doença.

Esse esforço de (re)conhecer o Brasil buscava descartar tanto a visão ufanista (Oliveira, 1990) quanto o pessimismo derivado dos determinismos climático, físico e racial que condenavam o país à barbárie e que levavam ao debate sobre miscigenação e imigração (Castro Santos, 1985; Skidmore, 1989). O diagnóstico de um povo doente significava que, em lugar da resignação, da condenação ao atraso eterno, seria possível recuperá-lo, por meio de ações de higiene e saneamento, fundadas no conhecimento médico e implementadas pelas autoridades públicas. Não bastava ter encontrado este "povo que ainda há de vir" (Neiva & Penna, 1916:198), era urgente transformar esses estranhos habitantes do Brasil em brasileiros. A medicina, aliada ao poder público, era instrumento fundamental para operar essa transformação. A ciência, em especial a medicina, propiciaria um alívio para intelectuais, que, até então, não enxergavam alternativas para um país que parecia condenado, dada sua composição racial.[6]

'Os sertões', para a campanha pelo saneamento do Brasil, eram mais uma categoria social e política do que geográfica.[7] Sua localização espacial dependeria da existência do binômio 'abandono e doença'. Na verdade, os sertões do Brasil não estariam tão longe assim daqueles a quem se demandavam medidas de saneamento, nem seriam apenas uma referência simbólica ou geográfica ao interior do país. Na instigante percepção de Afrânio Peixoto, os 'sertões do Brasil' começavam no fim da Avenida Central, o grande *boulevard* da então capital federal, a cidade do Rio de Janeiro.[8]

A campanha pelo saneamento do Brasil sensibilizou progressivamente nomes expressivos das elites intelectuais e políticas do país, e teve como um dos marcos mais significativos a criação da Liga Pró-Saneamento do Brasil, em fevereiro de 1918, em sessão pública na Sociedade Nacional de Agricultura. A leitura da ata da fundação e de seu órgão oficial, a revista *Saúde*, demonstra o interesse em reunir nomes expressivos nos meios militares, entre os engenheiros, médicos e advogados, além de parlamentares e do próprio presidente da república, Wenceslau Bráz, que ocupou o cargo de presidente honorário. Nomes como os de Miguel Couto, Carlos Chagas, Juliano Moreira, Rodrigues Alves, Clovis Bevilacqua, Epitácio Pessoa, Pedro Lessa, Aloysio de Castro e Miguel Calmon constituíam o conselho supremo da associação. Um dado interessante consiste na formação de delegações regionais em vários estados e na designação do então coronel Cândido Rondon para presidir a delegação de Mato Grosso (Revista *Saúde*, (1), 1918). No topo da agenda política do movimento pelo saneamento estavam a criação de um Ministério da Saúde, a reforma dos serviços sanitários com ênfase na centralização administrativa e na remoção dos entraves que o federalismo impunha ao saneamento e ao combate às endemias rurais em todo o território brasileiro.

Raça, Clima e Natureza: os médicos e os moinhos de vento

Se o foco central dos higienistas era a presença da doença como o grande obstáculo a ser superado, ela aparece, como indicamos, fortemente articulada com o tema da natureza, do clima e da raça. Na discussão sobre identidade nacional é freqüente a constatação da fragilidade do homem diante da natureza tropical. Esse contraste e a idéia de uma inadequação entre o ambiente natural, o homem e a cultura européia são temas constantes do pensamento social no Brasil. Poucos textos são tão eloqüentes a esse respeito como *Raízes do Brasil*, de Sérgio Buarque de Holanda.

O recurso a uma espécie de 'teoria da natureza brasileira', atribua-se a ela ou não primazia nas explicações sobre o país, é uma constante no pensamento social brasileiro e em seu diálogo com as teorias européias originárias da história natural e das concepções higienistas. A idéia do homem americano como um ser fraco e submisso à natureza é uma das principais na *Histoire Naturelle de L'Homme*, de Buffon, e das que mais influenciaram a ciência e a literatura brasileiras de fins do século XIX e início do século XX (Ventura, 1991).[9]

Ainda que portando diferenças e ambigüidades, no diálogo que os cientistas e médicos higienistas travam em fins da década de 1910 com as interpretações ufanista e romântica sobre a natureza e o homem brasileiros, ganha destaque a idéia do sertão como sinônimo de doença e, também, de uma natureza hostil ao homem. O sertão aparece como uma natureza de difícil domesticação e, mais uma vez, isto tem por referência a quase totalidade do território. Um artigo do educador Carneiro Leão, participante do movimento pelo saneamento dos sertões, é elucidativo:

> Não eram somente as terras infernais da Amazônia, onde o cearense ou o caboclo de aço às vezes mal chegava e a malária o dizimava em poucas horas, que infelicitavam o povo brasileiro. Mesmo os sertões mais saudáveis do Nordeste e do Sul eram verdadeiros matadouros. E foi para o Brasil inteiro um espanto e revelação dolorosa. Se toda a gente supunha os sertões brasileiros sanatórios miraculosos, a cujos ares nem a própria tuberculose resistia. (*Saúde*, 1918:s.p.)

A hostilidade da natureza foi ainda lembrada em muitos outros textos e, no caso do discurso higienista, aparece com freqüência o contraste entre a exuberância dos elementos naturais e a fragilidade do homem. Nessa perspectiva, a higiene é apontada como conhecimento e conjunto de práticas capazes de fazer a mediação entre o estado natural e a civilização. Artigo de Monteiro Lobato na revista *Saúde* contém afirmações esclarecedoras sobre esse ponto. Reportando-se ao que via como degeneração do homem, pergunta o escritor paulista:

> Por que degenera ele justamente onde por impulsão ambiente, deveria altear-se ao apogeu? Por que na Amazônia, onde tudo alcança o máximo, só ele dá de si o mínimo? [E como resposta:] O Homem com o civilizar-se, afastou-se da natureza. Desrespeitou-a, infringiu-lhe as leis. A conseqüência disso foi o enfraquecimento. (Lobato, 1918:s.p.)

A grande ameaça nas zonas tropicais para esse homem enfraquecido pela civilização se encontraria na multiplicação da fauna diminuta dos insetos e vermes e da 'fauna invisível' dos microrganismos. O discurso mais comum parece ser o que atribui à natureza de países tropicais como o Brasil uma efervescência de vida, tal como aparece na citação de Gilberto Freyre:

> No homem e nas sementes que ele planta, nas casas que edifica, nos animais que cria para seu uso e subsistência, nos arquivos e bibliotecas que organiza para sua cultura intelectual, nos produtos úteis ou de beleza que saem de suas mãos, em tudo se metem larvas, vermes, insetos, roendo, esfuracando, corrompendo. (Freyre, 1978:16)

A ciência representaria uma alternativa diante dessa profusão de incômodas formas de vida; uma defesa artificial diante da falha da defesa natural de homens enfraquecidos pelo processo civilizatório. Muitas outras referências a um ambiente quase infernal — onde proliferam insetos, vermes — podem ser encontradas em artigos na imprensa, textos literários e ensaios sociais. A associação entre natureza tropical e doença mereceu atenção, entre outros intelectuais, de Rui Barbosa, que, com seu estilo característico, afirmou em discurso de homenagem póstuma a Oswaldo Cruz: "Se Deus não nos suscitasse a missão de Oswaldo Cruz, o Brasil teria o mesmo sol com a mesma exuberância de maravilhas, mas o sol com o impaludismo, com a febre amarela, com a doença do barbeiro" (Barbosa, 1917:312).

Entre os médicos higienistas, mesmo após o advento da bacteriologia, o debate sobre a influência do clima na nosologia brasileira continuou intenso. Nas primeiras décadas do século XX, quando ganha força a idéia da raça e do clima como 'moinhos de vento' a ocultarem as verdadeiras razões para as doenças que assolavam o país (Peixoto, 1918), explicações climáticas continuam a ser apontadas, por exemplo, em relatos de viagens de médicos e cientistas.

Também para os médicos higienistas e cientistas dedicados à saúde pública no Brasil, o debate sobre a natureza não se resume à questão das doenças. Uma forte idéia é a que identifica uma espécie de fase intermediária entre o selvagem e o civilizado. O primeiro, mais próximo à natureza, teria uma vida mais saudável e harmoniosa, já o civilizado, que identificam com freqüência ao caboclo, revela uma relação puramente predatória com a natureza, além de artefatos culturais e comportamentos sociais que indicariam imprevidência. Isso naturalmente traria um impacto sobre a

saúde desse homem que deixara a vida selvagem mas não poderia ser considerado um civilizado. Entre outros textos, o já citado relatório da viagem de Neiva e Penna refere-se em mais de uma passagem a doenças que apareceriam à medida que "uma civilização atrasada iria substituindo uma condição social primitiva" (Neiva & Penna, 1916:123).

O segundo moinho de vento – a raça – foi tema de muitos textos de fundamentação higienista. Torna-se necessário discernir duas questões a ele relacionadas: o papel de determinações de natureza racial, ou étnica, na transmissão e no desenvolvimento de doenças, e aquela que vem recebendo mais atenção por parte dos estudiosos do pensamento social brasileiro – a importância do debate sobre inferioridade racial nos projetos para constituir a nacionalidade.

O estabelecimento de padrões imunológicos distintos pelos grupos humanos, levando-se em conta diferenças de natureza étnica, é tema da maior relevância e atualidade, e objeto de estudos nas áreas da medicina e de genética de populações. Desse debate não surgiram explicações fundamentadas necessariamente em preconceitos raciais, mas, num contexto em que a idéia da inferioridade racial das populações indígena e negra encontrava-se legitimada pela ciência da época, pode-se compreender a impossibilidade de dissociá-lo de suas fortes implicações políticas e ideológicas.[10]

Dentre as doenças que mais ocuparam a atenção dos higienistas brasileiros durante o século XIX e a primeira metade do século XX, a febre amarela e a ancilostomíase foram aquelas em que as respostas imunológicas estiveram relacionadas à origem racial das populações (Chalhoub, 1996; Edler, 1999; Peard, 1999). No caso da ancilostomíase, a influência das origens raciais no processo de transmissão e adoecimento foi proposta durante o século XIX; contudo, não se estabeleceram ilações tão fortes como ocorreu com a febre amarela. O conhecimento médico da época sobre a ancilostomíase não apresentava grau mínimo de consenso sobre suas causas, ficando difícil estabelecer até mesmo o diagnóstico. Muitas vezes, identificava-se a doença por um dos seus sintomas mais característico — a geofagia. Para aqueles que propuseram a existência de um agente patogênico específico, refutando explicações climáticas, raciológicas e comportamentais, a demonstração da existência de um parasito intestinal como causa da doença só podia ser feita, na época, por meio de autópsias geralmente só admitidas se fossem utilizados cadáveres de escravos ou de indigentes.

Os médicos higienistas que aderiram à campanha do saneamento rural refutaram as relações entre as doenças cujo combate priorizavam – malária, ancilostomíase e doença de Chagas – e a origem racial da população. Enfaticamente, argumentavam que todos poderiam contrair a doença, que não respeitava limites de raça ou condição social. Um de seus mais ativos militantes afirmava que o estrangeiro no Brasil era nacionalizado através da doença, e, se o trabalhador nacional seguisse os preceitos de higiene, apresentaria a mesma vitalidade falsamente atribuída ao estrangeiro, como se fosse uma condição natural (Penna, 1918a). Estar doente ou ser saudável não eram dons da natureza.[11]

A literatura sobre o tema indica que dificilmente se poderia falar de pensamento social brasileiro e da presença do discurso higienista, sem referência à noção de raça na elaboração de interpretações sobre o Brasil.[12] Idéias de inferioridade racial compunham um quadro explicativo sobre o país. Especialmente na segunda metade do século XIX, vê-se a expressiva influência, entre as elites políticas e intelectuais, das teorias européias sobre inferioridade racial. Para alguns intelectuais, os obstáculos representados pela base racial eram insuperáveis. Sob a influência de teóricos como Gobineau, Agassiz e Le Bon, apontavam um programa intenso de imigração como única saída favorável. Dentre as diversas correntes, destacavam-se os que afirmavam uma saída 'mais otimista', encontrando-a num processo progressivo de 'branqueamento' do Brasil. Em quaisquer dessas versões, é possível identificar como diagnóstico comum aquele que via o principal problema da nacionalidade no povo que, no limite, deveria ser substituído (Carvalho, 1998; Lima & Hochman, 1996; Schwarcz, 1993; Skidmore, 1989).[13]

A despeito de persistirem estereótipos e afirmações em que idéias associadas a diferenças raciais aparecem, pode-se afirmar o claro predomínio de um discurso que começava a refutar a atribuição de inferioridade étnica à população brasileira. O próprio recurso à noção de raça revela muita imprecisão e, muitas vezes, o termo parece indicar o conjunto do povo brasileiro, observado de um ponto de vista biológico. A integração dos sertões à civilização do litoral, por meio de políticas de saúde e educação, representaria uma alternativa para o país O grande problema encontrava-se nas doenças, e a solução era possível com os recursos da ciência. O termo 'raça' aparece de forma muito imprecisa nos textos dos intelectuais que participaram de algum modo da campanha, muitas vezes entendendo

eugenia como um resultado de processos de higienização da sociedade. Segundo Stepan (1991), os intelectuais que apoiaram o saneamento rural e outros movimentos semelhantes na América Latina expressavam uma variante das propostas eugenistas, que a identificava com a higiene pública e era compatível com o tema da mestiçagem.

Não havia nos meios intelectuais e no círculo mais restrito da elite médica do período consenso a respeito da questão racial. Percebe-se, no entanto, desde fins da década de 1910, maior ênfase atribuída às possibilidades de construção da nacionalidade no Brasil, contando com sua base étnica, e as políticas para as áreas de educação e saúde (Castro Santos, 1985; 1987; Skidmore,1989). O país, visto por muitos como 'condenado pela raça', poderia ser absolvido com os recursos mobilizados no saneamento.

Um discurso dos mais expressivos sobre a idéia-força do saneamento e sua importância nas representações sobre a sociedade brasileira não está num texto de higienista, mas no prefácio de *Casa-grande & Senzala*:

> Vi uma vez, depois de quase três anos de ausência de Brasil, um bando de marinheiros nacionais – mulatos e cafuzos – descendo não me lembro se do São Paulo ou do Minas pela neve mole do Brooklin. Deram-se a impressão de caricaturas de homens e veio-me à lembrança a frase de um viajante inglês ou americano que acabara de ler sobre o Brasil: 'the fearfully mongrel aspect of population´. A miscigenação resultava naquilo. Faltou-me quem me dissesse, então, como em 1929, Roquette-Pinto aos arianistas do Congresso Brasileiro de Eugenia, que não eram simplesmente mulatos ou cafuzos os indivíduos que eu julgava representarem o Brasil, mas mulatos ou cafuzos doentes. (Freyre, 1978: XXIII)

A força retórica do texto de Gilberto Freyre e sua importância como testemunho da influência das teses higienistas no debate sobre natureza, raça e cultura não eliminam a presença de outras teses que, perseguindo o objetivo de esboçar retratos do Brasil, associam à idéia da doença como traço distintivo da identidade nacional os argumentos que acentuam os obstáculos derivados da mestiçagem, da inferioridade racial e da herança colonial vista como predominantemente negativa. É o caso de *Retrato do Brasil*, de Paulo Prado, publicado originalmente em 1926.

> População sem nome, exausta pela verminose, pelo impaludismo e pela sífilis, tocando dois ou três quilômetros quadrados a cada indivíduo, sem nenhum ou pouco apego ao solo nutridor; país pobre sem o

> auxílio humano, ou arruinado pela exploração apressada, tumultuária e incompetente de suas riquezas minerais; cultura agrícola e pastoril limitada e atrasada, não suspeitando das formidáveis possibilidades das suas águas, das suas matas, dos seus campos e praias; povoadores mestiçados, sumindo-se o índio diante do europeu e do negro, para a tirania nos centros litorâneos do mulato e da mulata; clima amolecedor de energias, próprio para a 'vida de balanço'; hipertrofia do patriotismo indolente que se contentava em admirar as belezas naturais, 'as mais extraordinárias do mundo', como se fossem obras do homem; ao lado de um entusiasmo fácil, denegrimento desanimado e estéril. (Prado, 1997:161)

No texto de Paulo Prado, cobiça, melancolia e romantismo formam a tríade pessimista que orienta sua visão sobre o Brasil. A crítica ao ufanismo retoma temas que pareciam superados pelo discurso dos reformadores da saúde e da educação. Essa forma negativa de analisar o passado e o presente da sociedade brasileira não se restringe a um contexto histórico determinado, estando, como se sabe, muito presente no debate contemporâneo sobre os rumos do desenvolvimento ou da modernização na sociedade brasileira.

O diagnóstico médico-higienista sobre o Brasil teve conseqüências importantes. O movimento pela reforma da saúde pode ter seus impactos avaliados pelo seu legado mais concreto: a reorganização e a ampliação dos serviços sanitários federais nos anos 20 a partir da criação do Departamento Nacional de Saúde Pública (DNSP), das políticas de profilaxia e saneamento rural, do estabelecimento de um novo e mais extenso código sanitário, da profissionalização do campo da saúde pública. Essas reformas significaram o início da nacionalização da autoridade sanitária (Hochman, 1998). Porém, sua influência sobre as interpretações sobre o Brasil e os brasileiros não foram menores que seus resultados institucionais e políticos. O debate em torno do personagem Jeca Tatu, criado pelo escritor paulista Monteiro Lobato, nos permite melhor avaliar essas influências e representações sobre os contrastes sociais e as imagens da sociedade brasileira.

Jeca Tatu e a Representação do Brasileiro

Representação caricatural do brasileiro ou vingança de fazendeiro arruinado, conforme a denúncia de Sergio Milliet (1981), a trajetória do

personagem Jeca Tatu, criado por Monteiro Lobato, resume as mudanças verificadas na compreensão do escritor paulista sobre o que acreditava ser os males do Brasil, e também o debate intelectual que envolveu diferentes autores preocupados com o tema dos contrastes sociais existentes no país.

Muito antes de Monteiro Lobato, viajantes, cronistas e escritores haviam se debruçado sobre as condições de vida e os tipos humanos de áreas rurais. 'Isolamento', 'ignorância' e 'ociosidade' são os termos mais comumente citados pelos autores de relatos de viagens, contos e crônicas. Ao mesmo tempo, percebe-se a dificuldade, tanto no desenho como na literatura, em consolidar uma representação "das linhas psico-físicas do brasileiro" (Cascudo, 1920:84), quer por meio de texto, quer por meio de imagem. Afinal, grandes distâncias geográficas e socioculturais separavam a população das diferentes regiões, especialmente no que se refere aos trabalhadores das áreas rurais. No entanto, com muita freqüência, naqueles textos, a despeito das diferenças quanto à posse da terra e às condições de vida e trabalho, entre, por exemplo, sertanejos do Nordeste, caucheiros do Norte e caipiras do vale do Paraíba, as semelhanças evidenciam-se nas descrições dos hábitos, da casa, e das crenças religiosas (Bernucci, 1995).

Os modos de representação variam intensamente no que se refere à valorização positiva ou negativa do homem e da vida no interior, desde a afirmação de elementos como força, autenticidade e comunhão com a natureza, bastante enaltecidos na literatura romântica, até o retrato negativo e sombrio que aparece em vários textos de Saint-Hilaire a Monteiro Lobato, e até mesmo de Euclides da Cunha, apesar da conhecida imagem do sertanejo como um forte, cunhada pelo autor de *Os Sertões*. Outra forma de representar o tipo rural consiste na versão satírica esboçada mais fortemente pelo modernismo. Leopoldo Bernucci observa que "estas três maneiras de representar o tipo rural equivalem a três tendências estéticas em nossa literatura: a romântica, a (neo)naturalista e a modernista" (Bernucci, 1995:85). Para os autores românticos, elementos como autenticidade e proximidade da natureza são os mais valorizados; já nas representações (neo)naturalista e modernista, o tema da preguiça aparece como o grande elemento distintivo, por mais que pudesse variar o diagnóstico sobre suas causas. E, a partir de tal referência, cria-se a moldura onde se esboça o retrato ou caricatura do homem rural brasileiro.

Nas representações românticas sobre o caipira, a adaptação ao ambiente, a força e a virilidade são elementos acentuados, especialmente em

imagens sobre caçadas. A literatura regionalista paulista, tanto em fase anterior como em época contemporânea à obra de Lobato, descrevia o caipira como homem forte, matreiro e independente. Da mesma forma, ele aparece no quadro *Caipiras Negaceando*, de Almeida Jr., que mostra dois caipiras caçando: figuras fortes, olhares vivos e espertos, revelando pleno domínio da natureza (Ribeiro, 1993).

A caracterização do caipira como indolente, imprevidente e parasita – um 'piolho da terra' – alcança seu ponto máximo nos textos de Monteiro Lobato. No artigo 'Velha praga', o escritor paulista denuncia a atividade predatória do caboclo, responsável pela destruição da mata com suas queimadas. Sobressaem o caráter nômade e a imprevidência desse homem rústico:

> Este funesto parasita da terra é o CABOCLO, espécie de homem baldio, semi-nômade, inadaptável à civilização, mas que vive à beira dela na penumbra das zonas fronteiriças. À medida que o progresso vem chegando com a via férrea, o italiano, o arado, a valorização da propriedade, vai ele refugindo em silêncio, com o seu cachorro, o seu pilão, o pica-pau e o isqueiro, de modo a sempre conservar-se fronteiriço, mudo e sorna. (Lobato, 1957a:271)

Em *Urupês* completa-se o retrato do caboclo, que passa, então, a se chamar Jeca Tatu. Nesse artigo, Lobato define o Jeca como "um piraquara do Paraíba", a quem nada põe de pé. Diante de problemas no sítio do qual era agregado ou de grandes mudanças na vida política nacional, fosse a abolição da escravidão ou a proclamação da República, o caboclo continuava "de cócoras, a modorrar" (Lobato, 1957a:280).

Com sua retórica contundente e numa crítica à literatura romântica, Monteiro Lobato afirma: "Pobre Jeca Tatu! Como és bonito no romance e feio na realidade!" (Lobato, 1957a:281). Para Lobato, a ciência e as viagens ao interior do Brasil teriam revelado um outro indígena e um outro sertanejo muito distantes dos idealizados pela escrita de José de Alencar. Morrera Peri: "Esboroou-se o balsâmico indianismo de Alencar ao advento dos Rondons que, ao invés de imaginarem índios num gabinete, com reminiscências de Chateaubriand (...) metem-se a palmilhar os sertões de Winchester em punho" (Lobato, 1957a:277).

Uma frase preciosa resume a imagem que o escritor faz de Jeca: "Não paga a pena". Segundo Lobato, "todo o inconsciente filosofar do caboclo grulha nessa palavra atravessada de fatalismo e modorra. Nada paga a pena. Nem culturas, nem comodidades. De qualquer jeito se vive" (Lobato,

1957a:284). A idéia de que o caboclo indolente e parasitário poderia sofrer profunda transformação e tornar-se um agente de mudança social e modernização passa a ser defendida por Monteiro Lobato após o contato com as propostas e os intelectuais que haviam participado da campanha em prol do saneamento do Brasil, no período que se estende de 1916 a 1920. No mesmo ano de 1918, em que Belisário Penna publicou *Saneamento do Brasil*, Monteiro Lobato lançou *Problema Vital*, que reúne série de artigos sobre o tema do saneamento divulgados originalmente em *O Estado de São Paulo*, entre os quais um dedicado à ressurreição do Jeca Tatu.

A regeneração ou ressurreição do Jeca Tatu inscreve-se numa nova perspectiva do autor de *Urupês* para o problema da integração do homem do interior. O diagnóstico sobre a preguiça do caboclo mudara; às doenças, reveladas à nação por meio dos relatórios das viagens dos cientistas do Instituto Oswaldo Cruz ao interior, cabia a responsabilidade pela situação de miséria e indigência em que se encontrava o caboclo. A frase que sintetiza essa espécie de conversão de Lobato ao ideário sanitarista é bastante conhecida e serve de epígrafe para *o* livro: "O Jeca não é assim: está assim".[14]

A ressurreição do Jeca Tatu é narrada na forma de uma parábola dirigida às crianças. Ao passar a acreditar na ciência médica e a seguir suas prescrições, o personagem transforma-se. Livre da opilação e, como conseqüência, do estado de permanente desânimo, torna-se produtivo e, em pouco tempo, um próspero fazendeiro, competindo com seu vizinho italiano e, rapidamente, ultrapassando-o (Lima & Hochman, 1996). Mais do que isso: modernizou sua propriedade, introduziu novas lavouras e tecnologia e aprendeu a falar inglês. Ao fim da história, um ensinamento moral: Jeca Tatu transformara-se não apenas num homem rico, mas em incansável educador sanitário, que transmitia a seus empregados todos os conhecimentos que aprendera. Morreu muito idoso, sem glórias, mas consciente de que havia cumprido sua missão (Lobato, 1957b).

Muitos elementos poderiam ser destacados da narrativa de Lobato, entre eles a comparação da produtividade do trabalhador nacional sadio com a do imigrante italiano; a defesa enfática da modernização da agricultura como alternativa para o país; o fazendeiro norte-americano como modelo e a atribuição de uma responsabilidade social ao novo 'empresário rural'. De particular importância é o fato de a ressurreição do Jeca Tatu implicar a superação da mentalidade tradicional do caboclo que não se interessava mais em trabalhar apenas para sobreviver.

A força de Jeca Tatu encontra-se precisamente na perda de sua referência específica ao agregado ou trabalhador rural improdutivo, quando ganha a dimensão de símbolo nacional. Percebe-se em textos de Lobato e de outros intelectuais a auto-identificação com o personagem, que passa a ser visto como expressão de autenticidade e representação simbólica da nação. Daí a denúncia de Oswald de Andrade (1981) contra os que queriam 'liquidar com o Jeca Tatu'. Há alguma coisa de Jeca nesse intelectual que se sente, à semelhança do sertanejo de Euclides, um 'estrangeiro na própria terra'.

Intenso debate envolveu a figura de Jeca Tatu, desde os primeiros textos escritos por Monteiro Lobato. Como observa André Campos (1986), o que se discutia fundamentalmente era o papel da questão racial na construção da nacionalidade e as possibilidades de modernização do país. O artigo 'Velha praga' foi transcrito em 60 jornais e provocou muita controvérsia (Campos, 1986), que se acentuou após a conferência de Rui sobre a questão social e política no Brasil. Se é verdade que o intelectual baiano promovera a consagração do autor de *Urupês*, não é menos verdadeiro que seu texto questionava a representação do Brasil como um país de Jecas Tatus. Vale a pena transcrever trecho daquela conferência:

> Mas, senhores, se é isso o que eles vêem, será isto, realmente, o que nós somos? Não seria o povo brasileiro mais do que esse espécimen do caboclo mais desasnado, que não se sabe ter de pé, nem mesmo se senta, conjunto de todos os estigmas da calaçaria e estupidez, cujo voto se compre com um rolete de fumo, uma andaina de sarjão e uma vez de aguardente? (Barbosa, 1981:174)

Muitas vezes a contraposição de tipos humanos parece realçar as diferenças entre o sertanejo fortalecido pela hostilidade do meio e o caipira paulista descrito por Monteiro Lobato. Mas o que com freqüência se faz é aproximar os dois brasileiros, o que fica muito bem ilustrado pelo texto de Luiz da Câmara Cascudo:

> Não quer dizer que o sertanejo, lutando contra os elementos, arrostando as longas caminhadas sob um sol de fogo, entrando destemido nas matas amazônicas, seja literalmente um Jeca Tatu. Porém, quem viaja e quem vê pelo sertão o fatalismo do sertanejo, a limitação de sua agricultura, a instintiva desconfiança pela civilização, a sua habitual indolência que o faz esquecer a rude lição das secas e nada (encelleirar) nos anos de inverno, a sua palestra, a sua ignorância política, enfim, os

> remédios populares, a ingênua crendice dos curandeiros e das mezinhas verá a imensa verdade das páginas vivas do *Urupês*. (Cascudo, 1920:84)

Um debate implícito com Lobato, em torno da fábula da preguiça, pode ser percebido na abordagem dos modernistas paulistas. As relações entre eles e Monteiro Lobato foram, como se sabe, bastante tensas e, por vezes, inamistosas, e marcadas originalmente pela crítica à exposição de Anita Malfatti, em 1917, e à Semana de Arte Moderna de 1922. Não seria possível reconstituir a totalidade das divergências que envolveram o autor de *Urupês* e os intelectuais participantes da Semana de 1922. O antimodernismo de Lobato foi, por exemplo, duramente criticado por Sérgio Milliet (1981). Já Oswald de Andrade (1981), em artigo publicado na década de 1940, lastimava que o escritor, em virtude de suas atitudes, não fosse reconhecido como uma das expressões do modernismo. Ao falar desse movimento, por seu turno, Lobato (1957c) abrigava-se na identidade de Jeca Tatu, um intelectual Jeca, crítico diante do que apontava como 'macaquices' dos modernistas.

Não trataremos especificamente dessas polêmicas que envolveram os intelectuais paulistas. O ponto que quereremos observar aqui, no que concerne aos modernistas, é o fato de *Macunaíma* poder ser lido como uma crítica, na forma de sátira, à condenação do homem brasileiro por sua miscigenação e indolência. A sensualidade e o aspecto lúdico, que, inclusive, encontram expressão numa palavra comum – brincar –, figuram entre as principais qualidades realçadas na narrativa. O brado "Ai, que preguiça", proferido a todo momento pelo herói criado por Mário de Andrade, reforçava a idéia de que nem toda conquista valia esforço que se fizesse excessivo; nem tudo "pagava a pena" ("Ter de trabucar, ele herói...") (Andrade, 1988:30).

O próprio discurso sanitarista endossado por Lobato seria alvo da ironia de Mário de Andrade na célebre expressão, que colocamos no título deste artigo: "Pouca saúde e muita saúva...", expressando a intensa propaganda em torno de dois temas – campanhas sanitárias e combate à praga representada pelas formigas – que mereceram, como se sabe, espaço privilegiado em artigos e contos de Monteiro de Lobato. Para Macunaíma, "o herói sem nenhum caráter", a expressão aparecia como um dístico das campanhas a serem realizadas pela 'gente útil do país', os paulistas. O personagem a explica como reação à possibilidade de um retorno do Brasil à situação colonial, tal como ressalta na carta dirigida às amazonas:

> Porém, senhoras minhas! Inda tanto nos sobra, por este grandioso país, de doenças e insetos, por cuidar!... Tudo vai num descalabro sem comedimento, estamos corroídos pelo morbo e pelos miriápodes! Em breve seremos novamente uma colônia da Inglaterra ou da América do Norte!... Por isso e para eterna lembrança destes paulistas, que são a única gente útil do país, e por isso chamados de Locomotivas, nos demos ao trabalho de metrificarmos um dístico, em que se encerram os segredos de tanta desgraça:
>
> 'POUCA SAÚDE E MUITA SAÚVA, OS MALES DO BRASIL SÃO'.
>
> Este dístico é que houvemos por bem escrevermos no livro de Visitantes Ilustres do Instituto Butantã, quando foi da nossa visita a esse estabelecimento famoso na Europa. (Andrade, 1988:63)

O tema se repete ao fim da narrativa de Mário de Andrade, onde se acentua a aproximação entre Macunaíma e o ideal dos reformadores; também o herói teria desistido de brincar no país de pouca saúde e muita saúva e decidido virar constelação:

> Diziam que um professor naturalmente alemão andou falando por aí por causa da perna só da Ursa Maior que ela é o saci... não é não! Saci inda pára neste mundo espalhando fogueira e traçando crina de bagual... A Ursa Maior é Macunaíma. É mesmo o herói capenga que de tanto penar na terra sem saúde e com muita saúva, se aborreceu de tudo, foi-se embora e banza solitário no campo vasto do céu. (Andrade, 1988:127)

Não há, nesse caso, qualquer compromisso em retratar com fidelidade um tipo social específico, como seria o Jeca Tatu, segundo Lobato. Em *Macunaíma*, também não há intenção de delimitar espaço geográfico ou tempo em que se desenvolve a narrativa; trata-se de uma alegoria sobre a identidade nacional, em que a fábula da preguiça alcança expressão positiva e heróica.

Para Mário de Andrade, não se tratava também de transformar o herói, de lhe atribuir um caráter específico, de alterar suas características básicas. Mesmo com mentalidade primitiva era possível a Macunaíma lidar com a máquina e com os demais artefatos da sociedade moderna; transitar pela floresta, pela mata e pela cidade.

Em sua dimensão simbólica representativa do homem brasileiro, ou em sua feição mais concreta de caricatura do caipira, o Jeca não morreria

nos anos seguintes à publicação de *Macunaíma*. De retrato bucólico, de paciente de ações médico-sanitárias, de objeto de admiração, identidade ou repulsa pelos intelectuais, de personagem de filmes humorísticos, ele se transformaria em objeto de pesquisa das novas perspectivas do trabalho sociológico. O ideal de ressurreição de Jeca Tatu será transformado, pelos trabalhos sociológicos que se desenvolvem sob a égide da Escola Livre de Sociologia e Política e Faculdade de Filosofia e Letras da Universidade de São Paulo (USP), em projeto de 'assimilação' do trabalhador rural, de superação das resistências culturais ao processo de mudança social então em curso.

Jeca Tatu Revisitado pela Sociologia Acadêmica

É com base no conceito de cultura rústica, proposto pelo sociólogo Emílio Willems, que Jeca Tatu será revisitado por toda uma linha de investigações que têm lugar nos primeiros cursos de ciências sociais criados na década de 1930, em São Paulo. A passagem a seguir sintetiza a continuidade da compreensão sobre as dificuldades de projetos de modernização como conseqüência das resistências das populações afastadas dos centros urbanos civilizados:

> Se for traçada uma reta, no mapa do Brasil, ligando a cidade de São Paulo às cabeceiras do Xingu, no planalto mato-grossense, encontra-se, ladeando essa linha, uma série de agrupamentos humanos culturalmente muito heterogêneos. Numa extremidade está a metrópole moderna representando um tipo de civilização urbana que se está rapidamente difundindo em todas as zonas da Terra onde entrou a cultura ocidental (...). Prosseguindo pela reta encontram-se, já bem mais distante do ponto de partida, populações caboclas cuja vida parece decorrer em um mundo diferente do nosso. Pouco ou nada as liga ao mercado urbano. Não dependem dele e o uso que fazem do dinheiro é muito restrito (...). Geralmente se é impiedoso com essas populações; aplicam-se-lhes epítetos como 'atrasados', 'indolentes' (...). Se se perguntar a um de seus indivíduos se conhece o nome do presidente da República, ele não entenderá bem o sentido da nossa pergunta. Pouco ou nada se incomodarão com o nosso conselho de curar ou evitar a anquilostomíase. Embora falem português, não parece fácil entender-se com eles. (Willems, 1944:8)

Um dos pontos centrais destacados por Emílio Willems é a ausência de um sistema de entendimentos comuns que possa servir de base à

civilização urbana e à multiplicidade das culturas sertanejas. O tema da distância cultural é enfatizado pelo autor, que caracteriza o Brasil como um aglomerado de "culturas diversas que se localizam na mesma fronteira política" (Willems, 1944:9). Permanece, assim, em cena o tema recorrente dos obstáculos à construção da nacionalidade no país.[15]

Um texto-chave para compreendermos a posição de Willems é 'O problema rural brasileiro do ponto de vista antropológico', de 1944, em que o sociólogo defende programa de intervenção política nas 'culturas sertanejas', baseado em especialistas de diferentes áreas e com forte peso das ciências sociais. O trabalho foi publicado pela Secretaria da Agricultura, Indústria e Comércio do Estado de São Paulo e, ao longo da argumentação apresentada, é inegável a defesa do sentido político dos estudos de comunidades rurais, quer de imigrantes, quer de 'caboclos' ou 'sertanejos'.

A idéia de cultura sertaneja, cultura cabocla ou cultura rústica, termos que se alternam nos textos de Emílio Willems, apresenta diferenças em relação à de cultura de *folk*. No conceito de cultura cabocla, o contato interétnico desempenha importante papel, como podemos ver no seguinte trecho:

> Quase todos os países latino-americanos têm suas culturas caboclas. Na África e na Oceania se encontram culturas primitivas ou semi-primitivas e os contatos que se estabelecem entre elas e os civilizadores brancos podem ser comparados – *mutatis mutandis* – aos contatos que ligam a civilização litorânea no Brasil às culturas sertanejas. (Willems, 1944:18)

A definição de cultura cabocla e suas diferenças em relação às tradicionais culturas camponesas européias referiam-se também ao nomadismo e à idéia do uso predatório da terra e dos recursos naturais: "O esgotamento das terras, associado a técnicas extensivas e a uma pressão demográfica relativa, leva necessariamente ao semi-nomadismo e desapego à gleba, traço cultural esse que contrasta com a sedentariedade absoluta dos camponeses europeus" (Willems, 1944:22).

'Caboclo' – designação que, de início, indicaria predominantemente o contato interétnico do branco português com o indígena – passa a ser usado para se referir a um modo de vida: o 'modo de vida caipira'. A organização econômica do caboclo típico é pré-capitalista e, segundo o sociólogo, a única possível em determinadas circunstâncias.

O problema das populações sertanejas encontrava-se no estágio pré-capitalista em que viviam – nas palavras de Willems, uma "existência vegetativa e auto-suficiente". Tratava-se de propor intervenção em suas formas de vida que suscitasse novas necessidades e as integrasse à economia de mercado. Apenas o conhecimento oriundo das ciências sociais permitiria uma ação orientada para alterar práticas culturais de forma congruente com o meio em que se inseriam. A desconsideração a esse universo cultural mais amplo poderia, no limite, gerar situações de miséria diante das quais seria "mil vezes preferível" a "existência vegetativa" das populações sertanejas, por mais que elas afrontassem o "espírito capitalista" (Willems, 1944:12).[16]

Muitos dos erros cometidos na tentativa de desenvolver ações pedagógicas entre populações sertanejas são atribuídos a medidas que consideravam inadequadamente seu contexto cultural. Emílio Willems retoma o tema da 'escola de alfabetização' como um exemplo do que não se deveria fazer; apesar de o sociólogo não utilizar o termo, a idéia é que sua introdução provocaria um efeito anômico, pouco contribuindo para integrar a cultura sertaneja numa economia competitiva e em padrões de consumo e de vida considerados civilizados. O reformador sempre seria colocado diante de problemas extremamente complexos, e os especialistas, que geralmente desenvolviam ações entre essas populações, focalizavam um traço cultural ou o enxerto de uma inovação, não observando que o êxito dependeria da proporção em que outros elementos culturais pudessem ser substituídos.

Willems considera que um dos elementos básicos, o regime de trabalho, está quase sempre associado a concepções do tempo, à alimentação, à organização da família, à religião e às atividades recreativas. Defende, por fim, a presença de cientistas sociais nos processos de mudança dirigida, além dos especialistas tradicionalmente envolvidos em projetos para as populações caboclas: médicos sanitaristas, agrônomos, educadores e economistas:

> os observadores são quase sempre especialistas interessados, por exemplo, em curar a maleita, em difundir o cultivo da batatinha, em implantar hábitos profiláticos contra a ancilostomíase, em estudar as possibilidades do crédito ou da organização de cooperativas, os processos básicos passam despercebidos. (Willems, 1944:15)

E, em outra passagem:

> Para os médicos, o caboclo é um doente e um sub-alimentado; para o educador todo 'mal' reside no analfabetismo; o agrônomo verifica a inexistência de conhecimentos 'racionais' de agricultura; os economistas dão pela falta de crédito, de mercados e meios de comunicação; os moralistas desejam erradicar certos vícios e assim por diante. (Willems, 1944:21)

Esses especialistas não poderiam ignorar o papel das ciências sociais, especialmente da sociologia e da antropologia, às quais se poderiam associar a ecologia, a demografia e a psicologia social, na elaboração de planos científicos voltados para a análise cultural e para a organização do processo de transição para uma sociedade moderna.

Dois deveriam ser os parâmetros nos processos de mudança dirigida entre essas populações: a "interrupção do processo multissecular de transmissão tradicional", seguida da substituição do antigo patrimônio por um novo, ajustado ao sistema econômico moderno e a articulação do patrimônio cultural assim construído ao meio a que se deveria ajustar (Willems, 1944:21). Eles deveriam orientar ações de que constituiria exemplo um plano de criação de internato agrícola, que estava em vias de ser fundado em São Paulo, e merece destaque no texto. Do ponto de vista de Emílio Willems, a proposta tinha aspectos positivos, mas deveria ser acompanhada de outras medidas que de fato garantissem uma mudança de mentalidade por meio da interrupção do processo "multissecular de transmissão tradicional". A idéia era afastar o educando de seu meio original, garantindo assim a ruptura com a experiência anterior. O retorno à comunidade poderia trazer, todavia, os antigos constrangimentos da cultura tradicional, muito reforçados pela família e pelas relações vicinais.

O imigrante representava o tipo social que mais facilmente assimilaria os elementos considerados necessários à adaptação ao "sistema econômico moderno", pois o que se desejava evitar eram retrocessos após o retorno do educando a seu meio de origem. Tratava-se de impedir o "acaboclamento cultural desse novo tipo de povoador-modelo", o que só seria possível aliando à ação educacional outros mecanismos de intervenção organizada (Willems, 1944:29). Estudos sociológicos e antropológicos cumpririam nesse aspecto importante papel e seria possível seguir o exemplo dos Estados Unidos, em que especialistas em sociologia rural cooperavam com departamentos técnicos e administrativos do governo federal e dos governos estaduais na busca de solução para os problemas rurais.

O debate sobre processos de mudança sociocultural e o enfoque de possibilidades de manifestação de anomia entre as populações sertanejas acompanham outros estudos que se desenvolveram, ao menos em parte, sob inspiração dos trabalhos de Emílio Willems. É o caso das posições de Florestan Fernandes em torno do dualismo litoral-interior abordado especialmente na análise crítica do relatório da viagem empreendida por um médico ao vale do Tocantins, entre 1934 e 1938. Trata-se da viagem de Júlio Paternostro, médico do Serviço de Febre Amarela da Fundação Rockefeller, a regiões percorridas pela expedição Penna e Neiva em 1912. A viagem de Paternostro fora apresentada, e assim figurava na Coleção Brasiliana, como mais um momento de 'redescoberta do Brasil' e de denúncia das precárias condições de vida no interior.

Em *Um Retrato do Brasil*, Florestan Fernandes (1979) apóia-se naquele documento para discutir o significado da oposição entre litoral e sertão e indicar a necessidade de pesquisas feitas por especialistas sobre as populações e relações sociais no interior do país. Ressalta o fato de o trabalho de Paternostro ser um trabalho 'interessado', motivado pelas convicções socialistas do médico, o que conferia um caráter de denúncia ao livro, que via como aspecto positivo, a despeito de apontar simplificações, omissões e superficialidade no tratamento de algumas questões.

Conformados pela tradição, milhares de indivíduos viviam a vida dos séculos XVIII ou XIX e, no contato entre o civilizado do litoral e o homem sertanejo, o 'pária da civilização', como o chamou Paternostro, as atitudes variavam da simpatia à rejeição, mas eram marcadas por inegável etnocentrismo. E numa frase de forte apelo simbólico, Florestan afirma que a "realidade cultural do Brasil é e será ainda durante alguns anos a descrita por Euclides da Cunha em *Os Sertões*" (Fernandes, 1979:125).

Falar em sertão e em antagonismo entre litoral e interior implica, na perspectiva de Florestan Fernandes, perceber as resistências à modernização e a necessidade de um papel ativo do cientista social no processo de 'mudança dirigida' reclamado. Tratava-se, em síntese, de defender a adoção pelo governo e pelas administrações locais de técnicas sociais, informadas por trabalhos de especialistas da área de ciências sociais, capazes de subsidiar uma "política de controle e orientação, na medida do possível, dos processos sociais" (Fernandes, 1979:164). O sociólogo afirma que o problema da intervenção e do controle sobre processos sociais era constitutivo das ciências sociais, que, em suas palavras, "nasceram e desenvolveram-

se, sob o signo de Augusto Comte ou sob o signo de Karl Marx – com o duplo propósito do conhecimento exato da realidade social; e de seu domínio pelo homem" (Fernandes, 1979:161).

Enfoque distinto para a abordagem dos temas dos contrastes culturais e da modernização da sociedade brasileira nos é apresentado por Antônio Cândido (1971). Em *Os Parceiros do Rio Bonito*, esse autor discute as transformações nos meios de vida e padrões de sociabilidade do caipira paulista tradicional, relacionando-as às mudanças socioculturais que acompanharam os processos de urbanização e industrialização no estado de São Paulo. Abandonando a intenção original de investigar o impacto do processo de mudança nas manifestações folclóricas, mais precisamente no cururu, dança típica da região pesquisada, o sociólogo acabou desenhando um novo retrato de nosso conhecido personagem Jeca Tatu.[17]

O conceito de 'cultura rústica' baliza a análise do autor, que acentua a necessidade de distingui-lo de *folk-culture*, pois, se em ambos trata-se do tema do isolamento relativo e da incorporação e reinterpretação de traços culturais, que vão se alterando ao longo do contínuo rural-urbano, cultura rústica indica um padrão específico de contato interétnico e cultural:

> No caso brasileiro, rústico se traduz praticamente por caboclo no uso dos estudiosos, sendo provavelmente Emílio Willems o primeiro a utilizar de modo coerente a expressão cultura cabocla; e com efeito aquele termo exprime as modalidades étnicas e culturais do referido contato do português com o novo meio. (Cândido, 1971:22)

Assim como nos trabalhos de Emílio Willems, a análise de Antônio Cândido aproxima a cultura cabocla do caipira à existência nômade ou seminômade, associada ao processo de conquista dos sertões. O fato teria suas raízes históricas no fenômeno das entradas e bandeiras, pois a expansão geográfica dos paulistas, nos séculos XVI, XVII e XVIII, teria resultado não apenas na incorporação do território às terras da Coroa portuguesa na América, mas na definição de certos tipos de cultura e vida social, condicionados em grande parte por aquele grande fenômeno de mobilidade (Cândido, 1971:35).

Segundo esse argumento, o homem rústico do interior paulista teria herdado do bandeirante a esquivança, o laconismo, a rusticidade e, como corolário da grande mobilidade e dos padrões mínimos de vida, o espírito de aventura: "na habitação, na dieta, no caráter do caipira, gravou-se para sempre o provisório da aventura" (Cândido, 1971:37). A principal

característica dessa cultura cabocla consistia na rusticidade, resultado do encontro de padrões culturais europeus com os de "sociedades primitivas", modelando estes últimos, em grande parte, o modo de ser das populações caipiras (Cândido, 1971:22).

A dieta alimentar resultaria dessa vida nômade e apresentava sensível semelhança com a dos bandeirantes, conforme a descrição de Alfredo Ellis Jr. em *Raça de Gigantes: a civilização no Planalto Paulista*, de 1926. O leite, o trigo e a carne de vaca seriam itens muito raros e a caça, atividade caipira por excelência. Segundo Cândido (1971:55), nela se "desenvolvia a extraordinária capacidade de ajustamento ao meio, herdada do índio". Também na habitação a provisoriedade estava gravada. A casa, um abrigo de palha sobre paredes de pau-a-pique, recebia o nome de 'rancho', indicando o caráter de pouso que tinha para o morador (Cândido, 1971).

O sociólogo não se detém muito a explicar como uma característica cuja origem histórica remontava ao bandeirismo e a um certo padrão de povoamento se cristalizara, mais preocupado que estava com o processo de mudança nas áreas tradicionais de São Paulo, como efeito da industrialização e da urbanização. Tratava-se também de pensar como traços culturais vistos como garantidores de 'equilíbrio ecológico', portanto funcionais ao modo de vida caipira, se comportariam nas novas condições de organização social. Por conseguinte, não restam dúvidas ao autor de que a cultura caipira ou cabocla – caracterizada por relativa independência em relação aos núcleos urbanos, disponibilidade de terras, trabalho doméstico, auxílio vicinal e acentuado tempo disponível para as atividades de lazer – representava um padrão adaptativo às condições do meio:

> Tendo conseguido elaborar formas de equilíbrio ecológico e social, o caipira se apegou a elas como expressão da sua própria razão de ser, enquanto tipo de cultura e sociabilidade. Daí o atraso que feriu a atenção de Saint-Hilaire e criou tantos estereótipos, fixados sinteticamente de maneira injusta, brilhante e caricatural, já neste século, no Jeca Tatu de Monteiro Lobato. (Cândido, 1971:82)

O estereótipo da indolência explicava-se pela organização da cultura, tanto em termos biológicos, e daí a importância dos estudos da alimentação, como sociais, em torno de padrões mínimos, daí resultando uma margem de lazer maior.[18] Esses padrões trariam dificuldades para a adaptação posterior a novos ritmos de trabalho e a eles também se somavam características da saúde e da nutrição, apontadas muitas vezes como

causas únicas.[19] Antônio Cândido estabelece aqui um diálogo com a interpretação higienista que atribuía à doença responsabilidade pela apatia e mesmo indolência do Jeca. Ao comparar as explicações do movimento do saneamento rural, apropriadas e reelaboradas por Monteiro Lobato, às defendidas pelo sociólogo, é possível constatar um tom menos otimista que se acentua no trabalho de Antônio Cândido. A preguiça – que voltava a ser percebida como um dado não contingente, como um traço cultural do caipira – passaria a ser explicada pela estabilização de sua vida "em termos biológicos e sociais em torno de padrões mínimos" (Cândido, 1971:86). Assiste-se, dessa forma, a uma nova inversão da célebre frase de Monteiro Lobato: o Jeca não 'estava assim', ele realmente 'era assim', dados os padrões culturais que organizavam a sua vida social, uma vida 'mínima'.

Apesar de Antônio Cândido não se referir à idéia de espírito ou mentalidade capitalista – algo, como vimos, presente nos trabalhos de Willems –, é possível pensar nesse tema como pano de fundo de seu trabalho. Ele cita inclusive artigo publicado em jornal, no qual um autor afirma que o Jeca "não é vadio, simplesmente não é ambicioso nem previdente" (Cândido, 1971:87). Tal condição aparece simbolicamente reforçada pelas origens históricas, reais ou míticas,[20] que explicariam o sentido de independência do caipira e que o teriam colocado à margem de relações escravistas ou servis. Por isso, surgiam expressões como a registrada por Antônio Cândido – "sino é para italiano" –, que procurava "dar expressão étnica a duas tradições culturais diversas: a do imigrante europeu formado secularmente nos padrões de dependência senhorial; a do caipira, herdeiro da aventura de desbravamento e posse franca dos sertões" (Cândido, 1971:189).

As relações de trabalho e a propalada preguiça não poderiam ser dissociadas da estrutura fundiária, pois expulso das posses, nunca legalizadas, o Jeca persistia como agregado, ou "buscava sertão novo, onde tudo recomeçaria" (Cândido, 1971:82). Apenas a partir das décadas de 1940 e 1950 sua incorporação à vida das cidades se teria tornado apreciável (Cândido, 1971). Ao procurar responder à pergunta de como se comportou a cultura caipira diante dos fatores de desequilíbrio representados pelo latifúndio produtivo comercializado, o desenvolvimento urbano e o imigrante, Antônio Cândido chega à conclusão de que "há resistência variável da cultura caipira segundo as formas de ocupação da terra, regime de trabalho e situação legal. Onde há concentração de sitiantes e ausência de latifúndio, vemos permanecerem com mais integridade as relações vicinais e o sentimento local" (Cândido, 1971:91).

Apesar da idéia corrente do isolamento das culturas sertanejas, Antônio Cândido oferece indícios de que tal condição seria reforçada, no caso dos parceiros do Rio Bonito, pelo avanço da civilização urbana. Tradicionalmente, a estrutura fundamental da sociabilidade caipira era o bairro – "agrupamento de algumas ou muitas famílias, mais ou menos vinculadas pelo sentimento de localidade, pela vivência, pelas práticas de auxílio mútuo e pelas atividades lúdico-religiosas" (Cândido, 1971:62). É expressiva dessa realidade a idéia do bairro como uma 'naçãozinha', registrada pelo sociólogo no curso de sua pesquisa, indicando a consciência de pertencimento e identidade dos moradores.

No bairro caipira é que se deveria buscar, de acordo com o autor, o sentido de autonomia atribuído por Oliveira Vianna ao poder centralizador do grande domínio rural e à independência do fazendeiro. O sentido sociológico da autarquia econômico-social não deveria ser buscado no latifúndio, "largamente aberto às influências externas, graças à sua própria situação de estrutura líder, e sim no bairro caipira, nas unidades fundamentais de povoamento, da cultura e da sociabilidade, inteiramente voltados sobre si mesmos" (Cândido, 1971:81).

Esse padrão de sociabilidade sofre profunda alteração no processo de transição da economia de subsistência para a economia capitalista, quando cada vez mais a vida social do caipira se fecharia no bloco familiar, implicando a perda das relações vicinais e dos laços organizados em torno do bairro. Antônio Cândido descreve-a como crise econômica, crise no padrão de vida e também crise sociocultural, percebendo-a como anomia, uma vez que

> a sua vida anterior comportava ritmo diverso, que não era estritamente determinado (...) pelas necessidades econômicas mais elementares, de que depende a própria sobrevivência. A par do trabalho agrícola, ocupava-se também com a vida comemorativa, a vida mágico-religiosa, a caça, a pesca, a coleta, as práticas de solidariedade vicinal (...) este conjunto de circunstâncias favorecia tanto o melhor ajustamento ecológico possível a uma situação alimentar medíocre quanto à integração social mais plena. (Cândido, 1971:169)

Em uma civilização urbana, a situação de equilíbrio ecológico da vida tradicional do caipira teria sido desestruturada, o que se faria sentir em diversos aspectos, sendo a alimentação um dos mais relevantes. A monotonia da dieta – composta basicamente por feijão, arroz, farinha e

pouquíssima carne (mesmo a caça era rara) – é acentuada pelo autor, que descreve, com detalhes, o cardápio semanal de um grupo de parceiros.[21]

Os moradores do grupo estudado eram antigos proprietários ou, na maior parte, descendentes de sitiantes e fazendeiros, originários, portanto, de camadas estáveis da sociedade caipira tradicional. Viviam, dessa forma, "a aventura da degradação econômica motivada pela subdivisão da herança, a impossibilidade de provar legalmente os direitos territoriais, a concentração do latifúndio que, na ascensão do café, interferiu por bem e por mal na economia dos sítios e na estrutura dos bairros" (Cândido, 1971:189).

Dividindo com outros cientistas sociais a preocupação de não fazer estudos por diletantismo, Antônio Cândido conclui seu trabalho com enfática defesa da reforma agrária, entendendo que em regiões relativamente populosas como São Paulo, o latifúndio improdutivo representaria sério obstáculo ao "progresso econômico e à estabilização da população rural" (Cândido, 1971:225)

A leitura de *Os Parceiros do Rio Bonito* traz, entre outras contribuições, a possibilidade de explicações alternativas ao assinalado nos trabalhos de Emílio Willems e Florestan Fernandes como 'resistências à mudança sociocultural'. Percebe-se claramente uma atenção mais acentuada aos problemas decorrentes do processo de transformações econômicas por que passava o estado de São Paulo e às contradições subjacentes a um desenvolvimento econômico que não estaria alterando de forma significativa a questão do acesso à terra.

Poderiam ser citados outros trabalhos contemporâneos a essa investigação, que também se dedicaram a analisar aspectos das chamadas sociedades rústicas naquele estado, com destaque para o livro de Maria Sylvia Carvalho Franco (1974) e a linha de investigações sobre campesinato e messianismo desenvolvidas por Maria Isaura Pereira de Queiroz (1965, 1973).

Considerações Finais

Aqui, o objetivo central foi realçar o papel relevante e prolongado dos registros e textos médico-higienistas e do movimento pelo saneamento do Brasil, das primeiras décadas do século XX, na reconstrução da identidade nacional a partir da identificação da doença como elemento distintivo da condição de ser brasileiro, enfatizando o personagem Jeca Tatu, e, segundo, sublinhando sua forte presença em textos fundamentais da chamada

fase de institucionalização das ciências sociais, em especial os dedicados aos temas do trabalhador rural, do campesinato e das questões agrárias no Brasil.

Do conjunto de trabalhos analisados, pode-se concluir que o debate em torno de Jeca Tatu teve continuidade, agora com base no conceito de cultura rústica e de importantes reflexões sobre a camada social intermediária, constituída por trabalhadores pobres e livres, em relação aos pólos clássicos de dominação e subordinação. Os 'homens de saco e botija', como sugestivamente Oliveira Vianna os havia denominado na década de 1920.

O diálogo, muitas vezes implícito, com as interpretações oferecidas pelo movimento sanitarista da Primeira República está presente na produção sociológica sobre o Brasil. É possível também verificar a importância de registros médico-sanitários como fontes de pesquisa, o que pode ser exemplificado pelo recurso de Florestan Fernandes ao relatório de viagem do médico Julio Paternostro e pela importância da obra *Problemas Brasileiros de Higiene Rural*, de Samuel Pessoa (1949), na pesquisa que resultou em *Os Parceiros do Rio Bonito*.

As ciências sociais em sua fase de institucionalização universitária, no período que se estende aproximadamente de 1933 a 1964, mantiveram uma agenda de pesquisa em que o tema dos contrastes sociais e culturais da sociedade brasileira – os dois ou os muitos Brasis – continuaram em destaque. Da mesma forma, continuou em pauta o tema das possibilidades e das resistências à modernização, em uma nova versão do debate intelectual sobre progresso e civilização que envolveu os intelectuais de fins do século XIX e três primeiras décadas do século XX. Refletindo sobre os conceitos de cultura rústica e de resistências culturais à mudança social, verificamos a continuidade do estranhamento dos intelectuais diante de tantos 'Jecas Tatus', resistentes aos conselhos dos diferentes especialistas para tratar a ancilostomose, racionalizar o trabalho e mudar seus hábitos mais arraigados, e que, embora falando português, pareciam viver em uma outra sociedade.

Notas

[1] Existem vários exemplos internacionais. Um dos mais citados foi o impacto causado pela mobilização e fracasso das tropas britânicas na Guerra dos Boers, no debate da Inglaterra eduardiana sobre as condições físicas da raça, que iria culminar com o National Health Insurance Act de 1911. Ver Porter (1991:161, 172-174; 1993:1.256).

[2] O Instituto Oswaldo Cruz sucedeu o Instituto Soroterápico, criado em 1900, na capital federal, durante a epidemia de peste bubônica. Na gestão do cientista Oswaldo Cruz (1903-1917), tornou-se um importante centro de pesquisas biomédicas e de formação de profissionais especializados em saúde pública. Foi dirigido até 1917 por Oswaldo Cruz, e de 1917 a 1934 por Carlos Chagas. Sobre o papel desse instituto na ciência brasileira, ver Benchimol(1990); Benchimol & Teixeira (1993); Chagas Filho (1993); Luz (1982); Schwartzman (1979); e Stepan (1976).

[3] Para o debate em torno das Forças Armadas e do serviço militar obrigatório no Brasil, no contexto da Primeira Guerra Mundial, ver Carvalho (1985:193-195) e Oliveira (1990:119-122).

[4] Percorrendo o Brasil nas duas primeiras décadas do século XX, as expedições científicas do Instituto Oswaldo Cruz destacaram-se na produção de conhecimentos sobre a incidência de doenças, alimentando de informações o debate dos problemas nacionais. Estiveram intimamente associadas à construção de ferrovias, às avaliações da viabilidade de utilização de potencial econômico de rios, como o São Francisco, e aos trabalhos da Inspetoria de Obras contra as Secas (Casa de Oswaldo Cruz, 1991; Lima, 1999).

[5] A referência e grande influência foi a obra de Euclides da Cunha, Os Sertões, de 1902. Nela, sobressaem-se elementos de força e de fragilidade – o sertanejo é um forte, mas é também rude e carente de civilização. O livro também destaca a importância do conhecimento empírico do país, fundamental nos textos e reflexões do movimento sanitarista. Ver Castro Santos (1985, 1987); Lima & Hochman (1996) e Lima (1999).

[6] A sensação de alívio proporcionada pela ciência médica foi bem destacada por um dos que melhor expressaram as angústias dessa geração de intelectuais: "Respiramos hoje com mais desafogo. O laboratório dá-nos o argumento por que ansiamos. Firmados nele contraporemos à condenação sociológica de Le Bon a voz mais alta da biologia" (Lobato, 1957b:298). Para mais detalhes, ver Lima & Hochman (1996).

[7] Apesar de não fazer menção às relações entre sertões e saúde pública, desenvolvidas nos anos de 1910, utilizamos como referência a revisão sobre as diferenças existentes na categoria sertões em Amado (1995).

[8] O texto de Peixoto é o seguinte: "Se raros escapam à doença, muitos têm duas ou mais infestações (...) Vêem-se, muitas vezes, confrangido e alarmado, nas nossas escolas públicas crianças a bater os dentes com o calafrio das sezões (...) E isto, não nos 'confins do Brasil', aqui no Distrito Federal, em Guaratiba, Jacarepaguá, na Tijuca (...) Porque, não nos iludamos, o 'nosso sertão' começa para os lados da Avenida" (Peixoto, 1922:31-32). Não por acaso, essa declaração, que teve enorme repercussão, é parte de um discurso de Afrânio Peixoto em homenagem a Miguel Pereira em 19 de maio de 1918. De forma semelhante, um importante divulgador da campanha,

Monteiro Lobato, enfatizava mais a periferia dos núcleos urbanos como alvo prioritário de uma campanha de saneamento (Lobato, 1957b).

[9] Não é nosso objetivo discutir as diversas representações da natureza brasileira no período em questão. Certamente, a visão de uma natureza maravilhosa é uma das mais expressivas na literatura nacional e remonta às primeiras visões do 'paraíso', para utilizar a imagem cunhada por Sérgio Buarque de Holanda.

[10] Não queremos com isso dizer que os debates científicos atuais no campo da genética não tenham implicações, ou sofram influência de perspectivas ideológicas. Apenas, num contexto em que é mais difícil legitimar propostas calcadas em idéias de inferioridade racial, certamente o debate se torna mais complexo. Além disso, merece destaque a mobilização de certos grupos étnicos demandando políticas e pesquisas em doenças que os afetam com mais intensidade. Sobre o debate científico contemporâneo em torno do conceito de raça, ver o artigo de Santos (1996).

[11] Isso não significa dizer que estivessem ausentes discussões sobre a base racial de algumas doenças e mesmo preconceitos raciais na discussão sobre os focos de origem das epidemias. Durante a epidemia de gripe espanhola, por exemplo, Fontenelle (1919:46) discutia a "verdadeira" origem geográfica da doença e, ao atribuí-la à Ásia, chegava a afirmar: "Nada de bom nos vem do Oriente".

[12] Sobre a centralidade da questão racial no pensamento social brasileiro, conferir livro organizado por Maio & Santos (1996).

[13] Manoel Bonfim e Alberto Torres foram dois autores que, no início do século XX, representaram posição dissonante desse tom fatalista e de condenação da nacionalidade pelas características étnicas do povo brasileiro. Ambos enfatizaram dimensões culturais e políticas do passado nacional e de organização da sociedade. Também apontaram alternativas para o país: no caso de Alberto Torres (1933, 1982), a revisão do princípio federalista e o incentivo à pequena propriedade rural, e de Manuel Bonfim (1993), um amplo projeto educacional.

[14] Na segunda edição de *Urupês*, Monteiro Lobato incluiu nota explicativa em que pedia desculpas ao Jeca Tatu: "E aqui aproveito o lance para implorar perdão ao pobre Jeca. Eu ignorava que eras assim, meu Tatu, por motivos de doença. Hoje é com piedade infinita que te encara quem, naquele tempo, só via em ti um mamparreiro de marca. Perdoas?".

[15] Cultura é definida por Willems (1944:9) como "sistema de entendimentos comuns".

[16] De acordo com Willems (1944), a condição das populações sertanejas seria preferível à verdadeira miséria, por exemplo, daqueles 300.000 lavradores norte-americanos cuja sorte nos descreveu John Steinbeck em *As Vinhas da Ira*.

[17] Em *Os Parceiros do Rio Bonito*, Antônio Cândido analisa os dados coligidos em estudo de campo realizado no município de Bofete, durante o ano de 1948. O sociólogo retornou à localidade em 1954, confrontando os novos dados com os obtidos no primeiro momento da pesquisa (ver Cândido, 1971:17).

[18] Devemos compreender a propalada indolência do caipira como "recurso de adaptação a um nível biótico precário, no qual as carências de dieta e higidez impediam atividade mais intensa, mas que se ajustavam ao ritmo econômico e eram corrigidas em parte pela organização social" (Cândido, 1971:169).

[19] Entre as fontes utilizadas por Cândido referentes às condições de higiene rural e nutrição, destacam-se, respectivamente os estudos de Castro (1936) e Pessoa (1949). Deve-se ainda notar que o papel da nutrição no desenvolvimento social brasileiro adquiria sensível importância, no contexto em que Antônio Cândido escreveu seu trabalho, em grande parte devido à repercussão dos trabalhos de Josué de Castro, sobretudo Geografia da Fome, publicado em 1956.

[20] O argumento de natureza histórica desenvolvido por Antônio Cândido associa bandeirismo e cultura cabocla ou caipira. Em nenhum momento ele se refere ao caráter mítico de tal explicação. Tal referência é, portanto, de nossa inteira responsabilidade (ver Lima, 1999).

[21] Sobre alimentação em áreas rurais brasileiras, ver Samuel Pessoa (1949), utilizado como fonte em Cândido (1971).

Periódico

Saúde. Órgão da Liga Pró-Saneamento do Brasil, 1918-1919.

Referências Bibliográficas

AMADO, J. Região, sertão, nação. *Estudos Históricos*, 8(15):145-151,1995.

ANDRADE, M. *Macunaíma, o Herói sem Nenhum Caráter*. 25.ed. Belo Horizonte: Itatiaia, 1988. (Coleção Buriti, 41)

ANDRADE, O. Carta a Monteiro Lobato. *Ciência e Trópico*, 9(2):195-202, jul.-dez. 1981. [1.ed. 1943]

BARBOSA, R. Oswaldo Cruz. *Revista do Brasil*, 5(19):271-321, 1917.

BARBOSA, R. A questão social e política do Brasil. *Ciência e Trópico*, 9(2):171-178, jul.-dez. 1981. [1.ed. 1919]

BENCHIMOL, J. (Ed.) *Manguinhos do Sonho à Vida: a ciência na* Belle Époque. Rio de Janeiro: Fiocruz/COC, 1990.

BENCHIMOL, J. & TEIXEIRA, L. A. *Cobras, Lagartos & Outros Bichos: uma história comparada dos institutos Oswaldo Cruz e Butantan*. Rio de Janeiro, Editora UFRJ, 1993.

BERNUCCI, L. *A Imitação dos Sentidos: prógonos contemporâneos e epígonos de Euclides da Cunha*. São Paulo: Universidade de São Paulo, 1995.

BONFIM, M. *A América Latina: males de origem*. Rio de Janeiro: Topbooks, 1993. [1.ed. 1905]

BREEDEN, J. O. Disease as a factor in Southern distinctiveness. In: SAVITT, T. & YOUNG, H. (Eds.) *Disease and Distinctiveness in the American South*. Knoxville: The University of Tennessee Press, 1988. p.1-28.

BRITTO, N. *Oswaldo Cruz: a construção de um mito da ciência brasileira*. Rio de Janeiro: Fundação Oswaldo Cruz, 1995.

CAMPOS, A. V. *A República do Picapau Amarelo: uma leitura de Monteiro Lobato*. São Paulo: Martins Fontes, 1986.

CÂNDIDO, A. *Os Parceiros do Rio Bonito: estudo sobre o caipira paulista e a transformação dos seus meios de vida*. 2.ed. Rio de Janeiro: Duas Cidades, 1971. [1.ed. 1964]

CARNEIRO LEÃO, A. Educação higiênica e saneamento. *Saúde*, 1(1):s.p., 1918.

CARVALHO, J. M. de. As Forças Armadas na Primeira República: o poder desestabilizador. In: FAUSTO, B. (Org.) *O Brasil Republicano: sociedade e instituições (1889-1930)*. 3.ed. São Paulo: Difel, 1985. p.183-234.

CARVALHO, J. M. de. Brasil: nações imaginadas. In: *Pontos e Bordados: escritos de história e política*. Belo Horizonte: Editora UFMG, 1998. p.233-268.

CASA DE OSWALDO CRUZ. *A Ciência a Caminho da Roça: imagens das expedições científicas do Instituto Oswaldo Cruz ao interior do Brasil (1903-1911)*. Rio de Janeiro: Casa de Oswaldo Cruz/Fundação Oswaldo Cruz, 1991.

CASCUDO, L. da C. A humanidade de Jeca Tatu. *Revista do Brasil*, (57):84-5, set. 1920.

CASTRO, J de. *Alimentação e Raça*. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 1936.

CASTRO SANTOS, L. A. O pensamento sanitarista na Primeira República: uma ideologia de construção da nacionalidade. *Dados, Revista de Ciências Sociais*, (28):193-210, 1985.

CASTRO SANTOS, L. A. *Power, Ideology and Public Health in Brazil (1889-1930)*, 1987. Tese de Doutorado, Cambridge: Harvard University.

CHAGAS FILHO, C. *Meu Pai*. Rio de Janeiro: Casa de Oswaldo Cruz/Fundação Oswaldo Cruz, 1993.

CHALHOUB, S. *Cidade Febril: cortiços e epidemias na corte imperial*. São Paulo: Companhia das Letras, 1996.

CUNHA, E. da. *Os Sertões: campanha de Canudos*. São Paulo: Aguilar, 1966. [1.ed. 1902]

CROSBY, A. W. Influenza. In: KIPLE, K. F. (Ed.) *The Cambridge World History of Human Disease*. Cambridge: Cambridge University Press, 1993. p.807-811.

EDLER, F. C. *A Constituição da Medicina Tropical no Brasil Oitocentista: da climatologia à parasitologia médica*, 1999. Tese de Doutorado, Rio de Janeiro: Instituto de Medicina Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro.

FERNANDES, F. *Mudanças Sociais no Brasil*. 3.ed. São Paulo: Difel, 1979.

FONTENELLE, J. P. Comentário médico-higiênico sobre a epidemia da influenza maligna. *Saúde*, II(1):46, 1919.

FRANCO, M. S. C. *Homens Livres na Ordem Escravocrata*. 3.ed. São Paulo: Kairós Livraria Editora, 1974.

FREYRE, G. *Casa-grande & Senzala: formação da família brasileira sob o regime de economia patriarcal*. Rio de Janeiro, José Olympio, 1978. [1.ed. 1933]

HOBSBAWM, E. *Nações e Nacionalismo desde 1870*. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1991.

HOCHMAN, G. *A Era do Saneamento: as bases da política de saúde pública no Brasil*. São Paulo: Hucitec, Anpocs, 1998.

HOLANDA, S. B. *Raízes do Brasil*. 26.ed. 2.reimpressão. São Paulo: Companhia das Letras, 1996 [1.ed. 1936]

JOLL, J. *A Europa desde 1870*. Lisboa: Publicações Dom Quixote, 1982.

LIMA, N. T. *Um Sertão Chamado Brasil: intelectuais e representações da identidade nacional.* Rio de Janeiro, Iuperj, Revan, 1999.

LIMA, N. T. & BRITTO, N. Salud y nación: propuesta para el saneamento rural. Un estúdio de la revista *Saúde* (1918-1919). In: CUETO, M. (Ed.) *Salud, Cultura y Sociedad en América Latina: nuevas perspectivas históricas*. Lima: Instituto de Estudos Peruanos, Organização Pan-americana de Saúde, 1996.

LIMA, N. T. & HOCHMAN, G. Condenado pela raça, absolvido pela medicina: o Brasil descoberto pelo Movimento Sanitarista da Primeira República. In: MAIO, M. C. & SANTOS, R. V. (Eds.) *Raça, Ciência e Sociedade*. Rio de Janeiro: FCCBB, Editora Fiocruz, 1996. p.23-40.

LOBATO, M. Saneamento e higiene: as novas possibilidades das zonas cálidas. *Saúde*, ano 1(1):s.p., 1918.

LOBATO, M. *Urupês*. Obras completas de Monteiro Lobato, 1ª série, literatura geral. 9.ed. São Paulo: Brasiliense, v. 1, 1957a.

LOBATO, M. *Mr. Slang e o Brasil e Problema Vital*. Obras completas de Monteiro Lobato, 1ª série, literatura geral. 8.ed. São Paulo: Brasiliense, v. 8, 1957b.

LOBATO, M. *Idéias de Jeca Tatu*. Obras completas de Monteiro Lobato, 1ª série, literatura geral. 8.ed. São Paulo: Brasiliense, v. 4, 1957c.

LUZ, M. T. *Medicina e Ordem Política Brasileira: políticas e instituições de saúde (1850-1930)*. Rio de Janeiro: Graal, 1982.

MAIO, M. C. & SANTOS, R. V. *Raça, Ciência e Sociedade*. Rio de Janeiro: FCCBB, Editora Fiocruz, 1996.

MILLIET, S. Jeca Tatu é uma vingança. *Ciência e Trópico*, 9(2):231-238, jul.-dez. 1981. [1.ed. 1946]

MURARD, L. & ZYLBERMAN, P. La raison de l'expert ou l'hygiène comme science sociale appliquée. *Archives European of Sociology*, v. XXVI, 1985. p.58-89.

NEIVA, A. *Discursos Pronunciados no Banquete que lhe Foi Oferecido a 18 de novembro de 1916 no Rio de Janeiro*. Rio de Janeiro: Tipografia Besnard Frerés, 1917.

NEIVA, A & PENNA, B. Viagem científica pelo norte da Bahia, sudoeste de Pernambuco, sul do Piauí e de norte a sul de Goiás. *Memórias do Instituto Oswaldo Cruz*, 8(30):74-224, 1916.

OLIVEIRA, L. L. *A Questão Nacional na Primeira República*. São Paulo: Brasiliense, CNPq, 1990.

PATTERSON, K. D. & PYLE, G. F. The geography and mortality of 1918 influenza pandemic. *Bulletin of The History of Medicine*, 65(1):4-21, 1991.

PEARD, J. *Race, Place, and Medicine: the idea of the tropics in Nineteenth-century Brazilian medicine*. Durham: Duke University Press, 1999.

PEIXOTO, A. Moinhos de vento. *Saúde*, (1):s.p., 1918.

PEIXOTO, A. Discurso pronunciado no banquete Oferecido ao Prof. Miguel Pereira, em 19 de maio de 1918 In: LEÃO, P. et al. (Eds.) *Afrânio versus Afrânio*. Niterói: Tipografia Jeronimo Silva (folheto), 1922. p.29-37.

PENNA, B . *Saneamento do Brasil*. Rio de Janeiro, Editora dos Tribunais, 1918a.

PENNA, B . Oswaldo Cruz. *Saúde*, ano 1, n. 1, s.p., 1918b.

PENNA, B. Discurso na sede da Sociedade Nacional de Agricultura. *Saúde*, (2):s.p., 1919.

PEREIRA, M. O Brasil é ainda um imenso hospital: discurso pronunciado pelo Professor Miguel Pereira por ocasião do regresso do Professor Aloysio de Castro, da República Argentina, em outubro de 1916. *Revista de Medicina - órgão do Centro Acadêmico Oswaldo Cruz/Faculdade de Medicina e Cirurgia de São Paulo*, VII(21):3-7, 1922. [1916]

PESSOA, S. B. *Problemas Brasileiros de Higiene Rural*. Trabalho laureado pela Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo e pela Sociedade de Gastroenterologia e Nutrição de São Paulo, 1949.

PORTER, D. Enemies of the race: biologism, environmentalism and public health in Edwardian England. *Victorian Studies*, (34):159-178, 1991.

PORTER, D. Public health. In: BYNUM, W. F. & PORTER, R. (Eds.) *Companion Encyclopedia of The History of Medicine*. Londres: Routledge, 1993. p.1.231-1.261.

PRADO, P. *Retrato do Brasil*. São Paulo: Companhia das Letras, 1997. [1.ed. 1926]

QUEIROZ, M. I. P. *O Messianismo no Brasil e no Mundo*. São Paulo: Alfa-Ômega, 1965.

QUEIROZ, M. I. P. *O Campesinato Brasileiro: ensaios sobre civilização e grupos rústicos no Brasil*. Petrópolis: Vozes, 1973.

RIBEIRO, M. R. S. *História Sem Fim... inventário da saúde pública: São Paulo 1880-1930*. São Paulo: Unesp, 1993.

SANTOS, R. V. Da morfologia às moléculas, de raça a população: trajetórias conceituais em antropologia física no século XX. In: MAIO, M. C. & SANTOS, R. V. (Eds.) *Raça, Ciência e Sociedade*. Rio de Janeiro, FCCBB, Editora Fiocruz, 1996. p.125-140.

SANTOS, W. G. *Ordem Burguesa e Liberalismo Político*. São Paulo: Duas Cidades. 1978.

SCHWARCZ, L. M. *O Espetáculo das Raças: cientistas, instituições e questão racial no Brasil, 1870-1930*. São Paulo: Companhia das Letras, 1993.

SCHWARTZMAN, S. *Formação da Comunidade Científica no Brasil*. São Paulo: Editora Nacional, Finep, 1979.

SKIDMORE, T. E. *Preto no Branco: raça e nacionalidade no pensamento brasileiro*. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1989.

STEPAN, N. *Gênese e Evolução da Ciência no Brasil*. Rio de Janeiro: Artenova, Fiocruz, 1976.

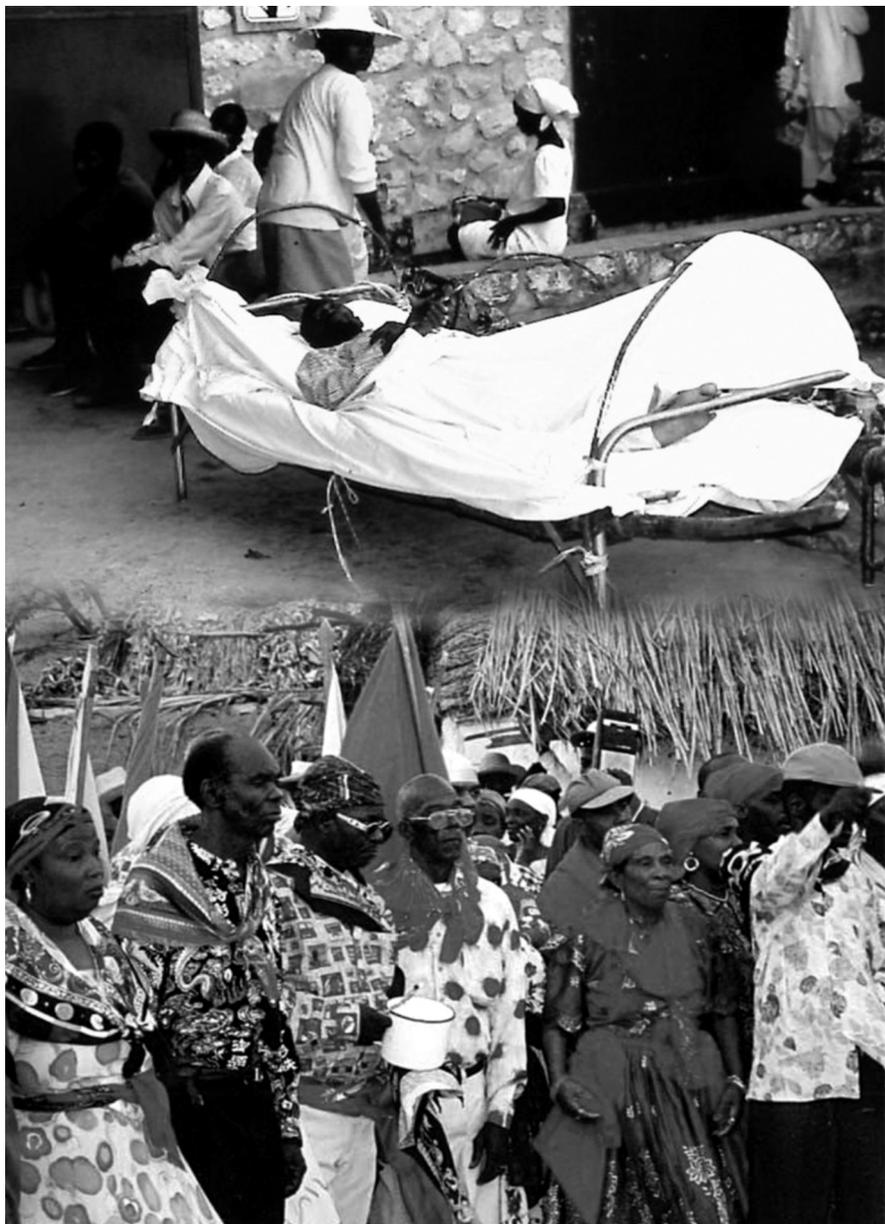
STEPAN, N. *The Hour of Eugenics: race, gender, and nation in Latin America*. Ithaca: Cornell University Press, 1991.

TORRES, A. *O Problema Nacional Brasileiro: introdução a um programa de organização nacional*. São Paulo: Companhia Editora Nacional, 1933. [1.ed. 1914]

TORRES, A. *A Organização Nacional*. São Paulo: Cia. Editora Nacional, UnB, 1982. (Temas Brasileiros) [1.ed. 1914]

VENTURA, R. *Estilo Tropical: história cultural e polêmicas literárias no Brasil, 1870-1914*. São Paulo: Companhia das Letras, 1991.

WILLEMS, E. *O Problema Rural Brasileiro Visto do Ponto de Vista Antropológico*. São Paulo: Secretaria de Agricultura, Indústria e Comércio do Estado de São Paulo, 1944.

WHORTON, J. C. *Crusaders for Fitness: the history of American health reformers*. Princeton: Princeton University Press, 1982.

Doente em maca improvisada na Clínica Bom Saveur, no Planalto Central do Haiti, área onde a Aids/HIV e a tuberculose são prevalentes e (abaixo) um sacerdote voodoo e seus devotos em uma cerimônia Kongo (espíritos conhecidos por sua habilidade em combater doenças “mandadas”), em Soukri. Fotografias de Jeffrey S. Kahn, acervo pessoal do autor.

Mandando doença: feitiçaria, política e mudança nos conceitos da Aids no Haiti rural*

Paul Farmer

* Originalmente publicado em FARMER, P. *Infections and Inequalities: The Modern Plagues*. Berkeley e Los Angeles: University of California Press, 2001. Tradução de Paulo M. Garchet.

> *No fundo dos pulmões uma névoa que não se dissolve; vertigem, náusea, coração mais lento, catarro grosso e verde, nariz sangrando e sangue espalhado por todo o quarto. Como se tivesse contraído todas as doenças. Uma vez, encontrando uma garrafa de aguardente caseira de milho sob o leito onde, cabeças contra os pés, jazia toda uma família, deitados nas sujeiras próprias e dos outros, tomei um gole e dividi o resto entre eles. Mesmo entre as crianças, aquelas mesmas crianças batizadas com meu nome, eu que as tinha trazido a este mundo – era o quarto dia e minha maleta estava vazia, a pequena maleta preta que eu carregava como uma Bíblia.*
>
> Ellen Bryant Voigt, *Kyrie*, 1995

Entre os novos desafios que a Aids apresenta à antropologia, alguns são teóricos e não diferem muito daqueles com que se defrontam outros etnógrafos que buscam estudar, compreender e descrever novos fenômenos. Outros envolvem dilemas éticos inerentes tanto ao estudo de uma terrível aflição nova para a qual dispomos apenas de limitados recursos terapêuticos, quanto à questão profundamente incômoda de como os antropólogos podem melhor contribuir para os esforços de prevenção. O que se segue é uma etnografia processual do advento da Aids na pequena aldeia de Do Kay, no Haiti. Tentamos examinar os problemas próprios de um estudo do significado cultural no período em que este começa a tomar forma – no caso presente, o significado e a descrição de uma nova doença.

A necessidade de uma abordagem mais processual no estudo das representações da doença fica mais dramaticamente ilustrada quando se testemunha o advento de uma moléstia até então desconhecida da comunidade que nos hospeda. Algumas das etapas desse processo de crescente conscientização são facilmente intuídas: antes da chegada, não há nenhuma representação coletiva da nova doença; segue-se um período de exposição, seja à doença, seja aos rumores sobre ela. Com tempo e experiência, o desacordo e a incerteza sobre a natureza da doença podem dar lugar a um modelo cultural compartilhado pela maioria da comunidade.[1]

Em estudos de representações de doenças, antropólogos médicos investigaram, geralmente, o grau de compartilhamento de um modelo. Quando estudamos uma moléstia verdadeiramente nova, porém, cabe um novo conjunto de perguntas. Como surge o consenso cultural? Como

as representações da doença, e as realidades que elas organizam e constituem, passam a existir? Como as novas representações se relacionam com as estruturas existentes? Como o sofrimento de seres humanos particulares contribui para entendimentos coletivos, e quanto da experiência individual deixa de ser capturado pelo significado cultural?

Ainda que, primordialmente, seja o estudo de um modelo cultural, este trabalho é também a história de três indivíduos com Aids, pois foi sua experiência que fez que Do Kay se importasse com a Aids. O relato, extraído de uma série de entrevistas que vai de 1983-84 a 1990, revela não apenas o já bem conhecido papel da cultura na estruturação das narrativas de doenças, mas também as formas como tais relatos são elaborados, como se alteram ao longo do tempo, como as representações (também cambiantes) se inserem nas narrativas, e como são significantes para a experiência de doença.

O primeiro caso de Aids em Do Kay foi registrado em 1986. Para os habitantes da aldeia, o advento de uma nova doença fatal foi, nas palavras de uma pessoa que vive lá, "a última coisa" – vale dizer, a última coisa em uma longa série de provas que vem afligindo os pobres da zona rural do Haiti.

Como começara a investigar o entendimento local da Aids em Do Kay havia já quatro anos, foi-me possível documentar a subseqüente elaboração de um modelo cultural razoavelmente detalhado e amplamente compartilhado da doença. Realizando entrevistas seriadas com as mesmas pessoas, consegui documentar a velocidade com que se chegou ao consenso, e discernir os eventos que levaram a ele.[2] A maioria desses eventos era de relevância local. Durante a realização deste estudo, no entanto, houve também importantes acontecimentos nacionais.[3] Em 1986, ruiu a antiga ditadura familiar do Haiti, provocando mudanças que foram agudamente sentidas nas aldeias do país. Essas mudanças afetaram profundamente o processo de representação de doença, porque alteraram substancialmente as maneiras como eram discutidas as doenças e outros tipos de infortúnio.

1983-1984: "Uma Doença da Cidade"

Em 1983, início de minha pesquisa, a palavra 'Sida' era ouvida com freqüência em Port-au Prince, onde o termo ganhara notoriedade depois das furiosas especulações da imprensa norte-americana que associavam a

Aids ao Haiti. O CDC (Center for Disease Control – Centro para Controle de Doenças) dos Estados Unidos de alguma forma havia inferido que os haitianos, como um grupo, eram vulneráveis à Aids, e a imprensa popular começara a apontá-los como a principal causa da epidemia americana (Centers for Disease Control and Prevention, 1982; Nachman & Dreyfuss 1986).

Os efeitos dessa associação com a Aids logo se fizeram sentir no Haiti e tiveram grande repercussão.[4] Em 1980, o turismo havia se tornado a segunda fonte de divisas do país, gerando empregos para milhares de pessoas que viviam em Port au-Prince ou em suas redondezas. Diante do medo da Aids, porém, o turismo começou a cair dramaticamente, forçando o fechamento de hotéis, restaurantes e outros negócios e lançando incontáveis haitianos no desemprego. As autoridades do governo do Haiti reagiram a essa crise de um modo que reflete as profundas contradições da classe dominante do país. Em poucos meses podia-se ouvir a clássica mistura de nacionalismo anti-racista, seguida da repressão local aos que eram tidos como responsáveis por 'espalhar a Aids'. Tais medidas em nada contribuíram, claro, para conter o colapso da indústria turística do país.

À medida que milhares ficavam sem emprego nas áreas urbanas da ilha, a palavra 'Sida' ganhava conotações específicas, muitas das quais ligavam a doença ao furor da mídia sobre suas alegadas origens haitianas. Poucos habitantes das cidades desconheciam a síndrome, ainda que muitos deles não tivessem como conhecer indivíduos com Aids. Mas a palavra 'Sida' ainda não estava bem estabelecida no léxico do Haiti rural. Em entrevistas no início de 1984, apenas um dos 17 informantes de Do Kay mencionou a Sida como possível causa de diarréia. O termo jamais surgiu em discursos espontâneos sobre tuberculose – a infecção mais comum entre os haitianos com Aids – nem figurou em conversas sobre diarréias ou outras desordens. Quando interrogados por mim, 15 dos 20 habitantes da aldeia afirmaram já ter ouvido falar de Sida, e uma dúzia deles associou certos sintomas ou estigmas a este rótulo (embora muitos desses atributos na verdade não fossem comumente observados em aidéticos haitianos). A maioria dos que mencionaram Sida tinha ouvido falar da moléstia, ou pelo rádio, ou durante viagens à capital.[5]

Os informantes da aldeia manifestavam considerável desacordo sobre quais seriam as principais características da Sida. Nas entrevistas de 1983-1984, a maioria mencionou pelo menos um ou dois destes três aspectos: a novidade da moléstia, sua relação com a diarréia e sua associação com o homossexualismo. Apenas cinco observaram que a Sida era

letal. Dois outros afirmaram que "a Sida é a mesma coisa que tuberculose". Três acreditavam que, originalmente, ela havia sido uma doença de suínos. Três achavam também que, apesar dos desmentidos veiculados na imprensa estrangeira, a Sida fora introduzida no Haiti por norte-americanos.

No início de 1984, Mme. Sylvain, uma feirante de 36 anos, fez um comentário bastante típico de outras observações ouvidas na aldeia:

> a Sida é uma doença que eles têm em Port au Prince e nos Estados Unidos. Ela dá uma diarréia que começa bem devagar, mas nunca pára até que você fique completamente seco: não resta mais nenhuma água em seu corpo… a Sida é uma doença que você vê em homens que dormem com outros homens.

Mme Sylvain pouco mais tinha a dizer a respeito da síndrome, apesar de raramente lhe faltarem palavras quando o assunto era doença.[6] Essas entrevistas preliminares demonstram que, em Do Kay, onde geralmente havia muitos debates sobre doenças, a Sida não era discutida. Quando perguntei a um habitante da aldeia se ele e seus associados tinham relutância em falar sobre a Sida, ele respondeu: "Por que teríamos? Não há ninguém que diga que não podemos falar sobre Sida. Mas ela não é uma coisa que tenhamos visto aqui. É uma doença da cidade (*maladi lavil*)".

No primeiro ano de minha pesquisa, portanto, as menções à moléstia foram sempre provocadas por perguntas. Não surgiu nenhuma história de doença ou 'narrativa terapêutica' sobre a Sida. Os habitantes de Do Kay, já curvados sob o peso da pobreza e das doenças que não lhes davam tréguas, corriam pouco risco no que tange à Aids. Apesar dos elaborados modelos explicativos propostos por vários indivíduos, apesar da prática da vida na feira de mulheres como Mme Sylvain, a falta de um discurso natural sobre a Sida e a falta de um acordo sobre suas características essenciais sugerem que, no período de 1983-84, não havia nenhum modelo cultural da Aids na região em torno de Do Kay.

1985-1986: Mélange Adultère de Tout [Mistura Adúltera de Tudo]

Ao longo de 1985-1986, esse relativo silêncio deu lugar a discussões sobre a nova doença, e lentamente começou a formar-se uma representação mais amplamente compartilhada. Os habitantes de Do Kay começaram a recontar histórias de doença, invariavelmente casos de outras

pessoas, gente de algum outro lugar, alguém que tinha morrido em Mirebalais, a cidade de feira mais próxima, ou em Port au Prince. Havia também rumores sobre haitianos na distante América do Norte: um dos informantes freqüentemente falava sobre uma prima que teria perdido o emprego, em Nova York, "porque eles disseram que ela era haitiana e portadora da Aids".

Dezoito dos 20 entrevistados nesse período mencionaram diretamente 'sangue' em nossas discussões sobre Sida. Também para muitos outros habitantes de Do Kay, a Sida era uma doença do sangue. A observação mais comum talvez fosse que a Sida "suja seu sangue" (*li sal san w*). Eram comuns na aldeia alusões a 'sangue fraco' – geralmente uma simplificação para anemia como pródromo da Sida, e alguns mencionavam os riscos das transfusões de sangue. Quando Ti Malou Joseph precisou de uma unidade de sangue durante uma intervenção obstétrica, por exemplo, diversas pessoas observaram que, em vista da "doença que anda rondando" (*maladi deyò a*), fazer uma transfusão era tentar o destino.[7] Para algumas, era uma questão de expor o recipiente da transfusão a um micróbio (*mikwoh*); para outros, tratava-se de uma "mistura de sangues que não combinam", e que provocava reações que eventualmente se "degeneravam em Sida". Vários informantes começaram a falar da Sida como um processo lento mas irreversível, invariavelmente fatal.

Outros dos entrevistados, no verão de 1985, afirmaram que "sangue ruim" (*move san*), uma moléstia somatossocial muito comum entre as mulheres haitianas, representava risco de Sida.[8] Nas palavras de Mme. Mathieu, "a gente fica muito fraca quando tem *move san*, e aí é mais fácil pegar a Sida". Embora dois dos 20 habitantes da aldeia entrevistados naquele ano achassem que a nova doença era "uma forma muito grave de *move san*", os outros que mencionaram *move san* sublinharam a distinção entre esta e a Sida. As observações de Mme Kado, uma mulher de 51 anos que trabalhava com o padre ativista de Do Kay, eram típicas das opiniões recolhidas no final de 1985:

> [A Sida] acaba com seu sangue, faz a gente ter tão pouco sangue que fica pálida e seca. No começo ela provoca pequenas manchas (*boutons*) nos braços e pernas. Isso mostra que o sangue está ruim e leva a gente a pensar em um caso simples de *move san*. Mas a Sida não tem tratamento, não é como *move san*. Qualquer um pode pegar Sida, mas ela é mais comum na cidade.

Em boa parte do Haiti, experiências de desvalorização – choques, desapontamentos, raiva, medo – podem ser somatizadas como doenças do sangue. A significância dessa estrutura conceitual levou Hazel Weidman e seus colaboradores a falar de um 'paradigma do sangue' subjacente às crenças relativas à saúde de seus informantes haitianos em Miami (Weidman, 1978).[9] Dentro desse paradigma encontram-se elos causais entre o campo social e as alterações na qualidade, na consistência e na natureza do sangue. Durante boa parte do período 1985-86, as convicções preexistentes sobre sangue deram forma a vagos entendimentos da Sida, que então começava a ser representada como uma poluição irreversível do sangue causada – dependendo de a quem se perguntasse – por transfusões, relações com o mesmo sexo, fraqueza provocada pelo excesso de trabalho na cidade, ou por viagem aos Estados Unidos. Mas as contribuições desse paradigma para a emergente representação desvaneceram-se com a experiência direta da doença, e o 'paradigma da tuberculose' passou a ser o mais importante dos modelos preexistentes.

O ano de 1985 marcou, também, o lançamento de uma campanha preventiva pelas autoridades haitianas de saúde. Havia canções sobre a Sida e diversos programas de rádio, todos em crioulo e dirigidos à população rural. De menor influência foram os vários artigos na mídia impressa e os cartazes e painéis que declaravam a Sida uma ameaça pública à qual todos eram vulneráveis. Ainda que a população da aldeia pudesse saber mais sobre a síndrome em conseqüência desses esforços públicos, ela ainda não era um assunto compulsório do discurso cotidiano – cada vez mais dedicado, ainda que um tanto clandestinamente, à discussão dos eventos políticos no nível nacional.

A ditadura Duvalier, no poder havia quase 30 anos, começava a balançar, e um número cada vez maior de haitianos das zonas rurais engrossava o coro dos que clamavam pela remoção de Duvalier. Após anos de silêncio, o povo de Do Kay juntava suas vozes a esse coro. Uma vez que os camponeses de há muito estavam excluídos de participação direta na política, a mudança foi significativa e teve impacto na forma como a doença foi discutida nas zonas rurais do Haiti.

De início, as conversas sobre Sida foram simplesmente abafadas pelas discussões, de importância vital, sobre política nacional. De modo geral, sempre que a síndrome era abordada, a impressão era de que o orador a estava invocando para denegrir ou o regime, ou os Estados Unidos. No dia de Ano Novo de 1986, vários amigos meus de Mirebalais brincavam

dizendo que Duvalier era um *masisi* (homossexual) que tinha contraído a síndrome de um dos *masisi* que compunham seu gabinete. Mais comuns, no entanto, eram comentários freqüentemente descartados como teorias de conspiração. Pouco depois da partida de Duvalier, por exemplo, uma feirante de cinqüenta e poucos anos denunciou irada que a Aids era parte de um "plano americano para escravizar o Haiti (...) Os Estados Unidos tinham um tráfico de sangue haitiano. Duvalier costumava vender nosso sangue lá, para transfusões e experiências. Uma dessas experiências foi fazer uma nova doença".[10]

Ficou claro, mais tarde, que a queda da ditadura Duvalier, em fevereiro de 1986, deu um impulso às histórias sobre a Sida. A julgar pela tendência observada em Do Kay e nas aldeias circunvizinhas, os camponeses haitianos começaram a sentir que podiam falar mais livremente sobre seus infortúnios em geral, e esta alteração na 'retórica da reclamação' pode ter tido um efeito determinante no que viria a provar-se um entendimento duradouro sobre a Sida.[11]

Um dos primeiros *slogans* popularizados pouco depois da queda de Duvalier foi '*baboukèt la tonbe*'. Uma tradução literal seria 'caíram as rédeas', mas a expressão seria melhor interpretada como 'a mordaça foi retirada'. Ainda que poucos em Do Kay falassem abertamente sobre política antes de março, e que tenha sido preciso um ano inteiro para que a maioria da população se juntasse a esses intrépidos desbravadores, a transformação parecia completa na primavera de 1987. Do Kay e as aldeias vizinhas viram uma súbita proliferação de rádios transistores (ou pelo menos uma súbita exibição de aparelhos antes escondidos). Algumas pessoas – homens, principalmente – passavam o dia inteiro grudados a seus rádios, mudando de um noticiário para outro. Conselhos comunitários, drasticamente reformados em outras aldeias, foram fortalecidos nas redondezas de Do Kay: reuniões que antes atraíam pouco mais de uma vintena de pessoas passaram a contar com bem mais de cem participantes. Novos grupos foram formados e encarregados de atividades cívicas como o reparo de estradas ou o plantio de árvores. Tudo foi desenvolvido nas rondas diárias da horta e da feira, mas, apesar disso, as mudanças logo ficaram aparentes.

A questão da Sida ficou submersa nesse mar de atividade, mas apenas temporariamente. Em Port au Prince, muitos conheciam pessoas que tinham morrido ou que padeciam da síndrome. Hospitais e sanatórios viram-se diante de grandes números de *moun Sida* – como os doentes de Aids

eram rotulados. Pesquisadores haitianos continuavam a documentar uma vasta e crescente epidemia. Autoridades governamentais da área da saúde reconheceram que a Sida não era uma questão de relações públicas, mas um grave problema de saúde pública.

Também na região de Do Kay, a Sida voltou a ser tópico regular das conversas. No verão de 1986, minhas perguntas sobre a doença provocaram longas e elaboradas respostas. Os respondentes, porém, manifestavam idéias muito discrepantes. No discurso natural sobre a Sida, caiu o número de referências a sangue: nas entrevistas realizadas pelo final de 1986, apenas 11 de 19 informantes usaram este termo em suas longas falas sobre a nova doença. As campanhas de saúde pública podem ter contribuído para essa mudança: quanto mais se ouvia falar da Sida no rádio, menos ela se parecia com as outras doenças já familiares do sangue.

O declínio da significância do paradigma do sangue é sugerido por um comentário de Tonton Sanon, um *doktè fey* (herbanário), em uma entrevista de 1986. "Fico pensando se é mesmo uma doença do sangue", disse ele, "porque a gente sabe pôr o sangue no seu lugar. Há uma parte dela que está no sangue, sim, mas o problema não está só no sangue. Está em outros sistemas também".

Tonton Sanon foi secundado por outros que falavam como se, usado para avaliar a natureza da Sida, o paradigma do sangue tivesse se provado insuficiente. Entrevistas com outros curandeiros revelaram discordâncias similares sobre a nova doença, ainda que alguns reconhecessem que a Sida estava além de suas competências. "Na verdade, ela é uma doença escorregadia (*eiipwenab*)", observou Mme. Victor, uma parteira afamada por seus eficazes remédios de ervas. "Até hoje eles estão lutando, mas ainda não acharam um tratamento com ervas medicinais para a Sida." Outro *doktè fey* previu que "o remédio de ervas que irá curar a Sida ainda não chegou até nós, mas quando chegar aprenderemos a usá-lo".[12]

Assim, quando a menção à Sida começou a despertar mais interesse, em 1985 e 1986, os habitantes de Do Kay pareciam esforçar-se por comparar a moléstia com alguma outra doença, especialmente uma das que envolviam o sangue. Mas a Sida não se encaixava no paradigma do sangue existente. A falta de um encaixe perfeito para a nova moléstia na antiga estrutura não representava um problema real nessa época, já que ainda não havia necessidade de um claro e defensável entendimento da Sida: ninguém em Do Kay havia sucumbido à síndrome.

1987: Protótipos e Protomodelos

O ano 1987 foi, de muitas maneiras, decisivo no processo que levou a um entendimento compartilhado da Aids. Um protomodelo da causa da doença ganhou proeminência ao longo desse ano – modelo que veio a influenciar a elaboração de uma representação coletiva mais estável da Sida. Na primavera daquele ano, as narrativas de Sida eram facilmente provocadas, e ficou claro que um consenso – ainda que tênue – havia surgido.

Entrevistas realizadas em 1987 e nos anos subseqüentes revelam que a rede semântica na qual se inseria a Sida havia mudado substancialmente desde 1983-84. Nesse ano, 1987, a síndrome foi mencionada por mais da metade daqueles a quem pedimos que citassem as possíveis causas de diarréia em um adulto. A maioria também associou a Sida à tuberculose. Mais ainda, as idéias sobre como a nova moléstia se manifestava nas pessoas afligidas eram mais amplamente compartilhadas.

Igualmente impressionante foi a freqüência cada vez maior com que a população rural mencionava as origens políticas e sociais das doenças, inclusive da Sida. Havia, talvez, duas razões primordiais para isso: primeiro, a queda da mordaça dos camponeses pobres levara a uma nova retórica de reclamação, e segundo – e mais importante –, a síndrome passara a ter importância local: alguém em Do Kay contraíra a Sida.

Uma comparação das primeiras entrevistas com essas mais recentes revela a crescente importância da alteração no estilo das queixas provocada pelas mudanças políticas de grande escala. Embora eu não tivesse modificado nem meu estilo, nem meus métodos de entrevista, as narrativas – fossem de algum caso de diarréia ou de outro infortúnio – ganhavam matizes provocados por uma nova sensibilidade política. Mas 'politização de discurso' seria uma definição totalmente insatisfatória para um processo bem mais complexo. Superficialmente, as histórias contadas eram similares àquelas ouvidas anteriormente; mudara, porém, o modo como os narradores davam forma e sentido a suas histórias. A atribuição de culpa pelos infortúnios, por exemplo, parecia estar passando por uma sutil mudança. Freqüentemente, as narrativas evidenciavam alterações como as que se observam nas seguintes entrevistas com Mme Jolibois.

Em fevereiro de 1984, quando seu filho pequeno tivera um caso grave de diarréia, Mme Jolibois, uma jovem que sustentava sua família trabalhando um pequeno pedaço de terra, viajara da região de Kay para uma

clínica em uma cidade próxima. Quando em entrevista desse ano lhe perguntei o que havia causado a diarréia, ela respondeu: "Eu não sei o que causou. Micróbios, talvez, ou gás do leite. Micróbios especialmente – eles são pequenos insetos que podem fazer uma criança adoecer. Ou pode ser meu leite. Acho que devo estar ficando muito velha para dar leite".

Em maio de 1987, mais de três anos depois da primeira entrevista, ela voltou a procurar uma clínica – desta vez a clínica recém-instalada em Do Kay. Desta feita, uma filha de nove meses estava com diarréia grave. Quando lhe fiz a mesma pergunta – "O que causou a diarréia?" –, ela respondeu: "É a água ruim que nós temos [em minha aldeia]. A gente tem de beber mesmo quando ela está barrenta e cheia de micróbios. Ela dá diarréia, e eles morrem, e o governo não faz nada. É sempre um monte de promessas sem ação! (*promèt san bay*)".

O leitor de inclinação metodológica pode fazer uma série de perguntas importantes: as diferenças têm relação com a gravidade do episódio? Com o sexo da criança? Os fatores contextuais ou performáticos são importantes? Passados esses anos, o etnógrafo teria uma ligação (*rapport*) mais estreita com a informante? Talvez Mme Jolibois estivesse, simplesmente, de mau humor, inclinada a fazer acusações? Aos poucos, no entanto, à medida que surgiam tendências similares no discurso de outras pessoas da aldeia, fui descobrindo que tais questões eram secundárias.

O colapso do regime Duvalier teve também um efeito palpável na forma como se reuniam e usavam as acusações relacionadas com a Aids. Não faltaram teorias de conspiração: o regime Duvalier provocara a Sida, diziam alguns; outros achavam que não, que os Duvalier eram estúpidos demais para criar uma doença, a despeito do talento que tinham para criar zumbis; mas os governantes haviam permitido que gente de seu povo fosse usada como cobaia em um plano americano para refrear a migração. Com relação à sugestão norte-americana de que a Aids se originara no Haiti, ouvi mais de um aldeão observar: "Claro que eles dizem que é do Haiti; os brancos dizem que todas as doenças ruins são do Haiti".[13] Na verdade, acusações contra os acusadores eram talvez as mais comuns.

A doença de Manno Surpris foi a segunda razão pela qual as mesmas pessoas que em 1984 estavam conscientes mas de modo geral desinteressadas da Sida estivessem, menos de três anos depois, universalmente interessados na síndrome. Em 1987, a Sida passara a ser um drama social que deixara poucos adultos intocados em Do Kay.[14]

As observações de um jovem professor, ele próprio nascido na aldeia em que trabalhávamos, sugere o impacto dessa mudança. Fiz diversas entrevistas com ele entre 1983 e 1990. Em uma delas, em 1984, ele observa: "Sim, claro que já ouvi falar [da Sida]. Ela é causada pela vida na cidade. Ela dá diarréia e pode matá-lo... Nunca tivemos nenhum caso de Sida aqui. É uma doença da cidade". Uma longa conversa gravada em fins de 1987 mostra claramente que o entendimento que esse homem tinha da Sida mudara substancialmente: era, então, capaz de discorrer longamente sobre a moléstia, especialmente por já poder referir-se à morte de Manno Surpris, seu colega professor: "Foi a Sida que o matou; isto é o que estou tentando lhe dizer. Mas dizem que foi uma morte mandada para ele. Mandaram uma morte de Sida para ele. (...) A Sida é causada por um pequeno micróbio. Mas não é qualquer um que pega o micróbio que provoca a Sida".

A doença e a morte de Manno representaram uma duradoura contribuição para o modelo cultural da Sida que tomou forma nesses anos, contribuição que não sofreu desgaste significativo diante das mortes subseqüentes de outros aldeões vítimas da Aids. Manno havia se mudado para Do Kay em 1982, quando se tornara professor de uma nova e grande escola local. Contava então 25 anos. Entusiasmado e trabalhador, Manno logo passou a ser tido em alta estima pelos administradores da escola. Eles lhe confiaram diversas tarefas públicas – e remuneradas –, inclusive a de tomar conta da nova bomba d'água da aldeia e do projeto comunitário de suínos, ambos administrados pelo padre que geria a escola. Como ficaria claro depois que Manno adoeceu, alguns aldeões ressentiram-se profundamente de que um forasteiro recebesse tais favores.

No início de 1986, Manno começou a sofrer de uma diarréia intermitente. Infecções cutâneas superficiais recrudesceram durante todo o verão – as manchas sumiam com tratamento mas logo reapareciam, geralmente no couro cabeludo, no pescoço ou no rosto. Vários de nós começamos a temer que Manno pudesse estar com Aids, mas nos tranqüilizamos diante do fato de que um internista consultado em Port-au-Prince não chegara logo à mesma conclusão. Em dezembro, no entanto, o declínio de Manno já era drástico, e ele começou a tossir. Em janeiro de 1987, o médico de Manno em Port au Prince finalmente o encaminhou a uma clínica pública para o exame serológico usado no diagnóstico da infecção pelo HIV.

Na primeira semana de fevereiro, enquanto esperava o resultado dos exames, Manno revelou seus medos sobre a moléstia: "Mais que tudo,

espero que não seja tuberculose. Mas receio que seja. Estou tossindo. Perdi peso... Tenho medo de estar tuberculoso e de nunca melhorar, de nunca poder trabalhar de novo... Quando se tem tuberculose, as pessoas não querem chegar perto de você".

De fato Manno estava com tuberculose, e de início respondeu bem ao tratamento apropriado. Em março já não aparentava qualquer doença. No entanto, apresentou também anticorpos ao HIV, indicação de que uma deficiência imunológica causada pelo vírus estava na raiz de seus problemas de saúde. Embora não soubessem dos resultados dos exames de Manno, vários habitantes da aldeia tinham outros motivos para acreditar que a tuberculose de Manno "não era simples": circulou em Do Kay um boato que não foi abafado pela rápida melhora clínica decorrente do tratamento de sua tuberculose. Comentava-se à boca pequena que Manno era vítima de feitiçaria: algum rival irado ou invejoso teria consultado um sacerdote vodu para que este "mandasse" um *mò*, uma pessoa morta, contra ele.[15] E, como Métraux observara anos antes, "quem quer que caia vítima de uma ou mais pessoas mortas mandadas contra ele começa a emagrecer, cuspir sangue e logo estará morto" (Métraux, 1972:274).

A mulher de Manno estava entre as pessoas que eu entrevistara em 1984. Naquela ocasião fora de opinião que a Sida era uma "forma de diarréia que se vê em homossexuais". Informada em fevereiro de 1987 pelo médico de Manno em Port-au-Prince de que seu marido estava infectado com HIV, ela aceitou este diagnóstico como correto. Mas Manno e ela sabiam que ele fora vítima de feitiçaria: "Eles fizeram isso com ele porque tinham inveja de que ele tivesse três empregos – de professor, de porqueiro e de encarregado da bomba d'água".

Como o tratamento de uma "doença mandada" exige que se identifiquem os feiticeiros, Manno e sua família ficaram cada vez mais obcecados, não com o curso de sua doença, mas com sua origem primeira. Consultaram um sacerdote vodu que revelou, por meio de adivinhação, os autores do crime: a filha do irmão de seu sogro; um professor da escola que tinha parentesco ainda mais distante com sua mulher; e um terceiro, acusado de ser 'o cabeça do caso', era também professor da escola.

Mas, nem a adivinhação, nem o tratamento indicado conseguiram salvar Manno. Em fins de agosto ele respirava com dificuldade. Os analgésicos já não aliviavam as fortes dores nos ossos e nas juntas, e ele já não conseguia dormir. Vomitava após a maioria das refeições e tornou a perder

peso drasticamente. Manno sucumbiu em meados de setembro, e sua morte foi o principal tópico de conversas 'semiprivadas' durante meses.

Embora, subseqüentemente, alguns aldeões vazassem suas análises em termos da familiar dicotomia do vodu contra o cristianismo, a maioria se expressava em termos menos claros. Uma série de oposições, não uma, veio a orientar muitas de nossas conversas: uma doença pode ser causada por um "micróbio", por feitiçaria, ou por ambos. Uma vítima visada pode ser "poderosa" ou "suscetível". Alguns, por exemplo, falavam da noite, anos antes, em que um raio atirara Manno para fora da cama. O choque, diziam, tornara-o suscetível a uma doença causada por micróbio e "mandada por alguém". Uma doença da gravidade da Sida podia ser tratada por médicos, ou por sacerdotes vodus, ou por herbanário, ou por reza, ou por qualquer combinação destes.

Anita Joseph foi a segunda aldeã a cair vítima da Sida. Certa vez, Anita referira-se a si mesma como uma "genuína habitante de Kay", mas seu nome não constou do censo de 1984. No ano seguinte, contudo, um estudo das ligações entre os habitantes locais, Port-au-Prince e os Estados Unidos revelou que Luc Joseph tinha uma filha "na cidade". Ela era casada, informou ele, "com um homem que trabalha no aeroporto".

Menos de dois anos depois, gravemente enferma, Anita foi trazida de volta a Do Kay por seu pai. Seu marido morrera alguns meses antes, vítima de uma longa doença que o consumira. Pouco depois de sua volta, ouvi dizer que Anita poderia estar com Sida. O boato não era de surpreender, pois à época falava-se muito da doença de Manno. Anita, comentavam as pessoas, tinha o mesmo aspecto que Manno tivera no início daquele ano. Ela morara na cidade, e não era a Sida uma doença da cidade?

Mais de um aldeão afirmou que Anita não tinha Sida porque era "muito inocente". A lógica por detrás dessa afirmativa era radicalmente diferente daquela em que se basearia afirmações similares na América do Norte. 'Inocência' nada tinha a ver com coisas como práticas sexuais (alguns acreditavam, erroneamente, que Anita levara uma "vida livre"). Enfatizava, antes, o fato de que uma seqüência de infortúnios significa, geralmente, que a pessoa é vítima de *maji*, de feitiçaria. A feitiçaria nunca ocorre por acaso, ela é mandada por inimigos. A maioria das pessoas faz inimigos, ou inspirando inveja (freqüentemente por um enriquecimento fora de propósito), ou por meio de suas próprias mágicas malévolas. Perseguida da sorte, Anita jamais inspirara inveja em quem quer que seja, e era

geralmente considerada ignorante das formas de *maji*. Duas pessoas que haviam explicado o papel da feitiçaria na doença de Manno perguntaram, retoricamente: "Quem mandaria uma morte de Sida para esta pobre menina infeliz?". Como muitos acreditavam que o único caso de Sida conhecido na região de Do Kay havia sido causado por feitiçaria, e como Anita era uma vítima pouco provável deste tipo de malícia, a lógica determinava, pensavam alguns, que Anita não podia estar com Sida.

Talvez o curso da doença de Anita tenha sido igualmente importante para essa interpretação: ela não teve infecções cutâneas ou outras manifestações dermatológicas, como Manno. Mais ainda, quando Manno começara sua decadência final, Anita recobrava suas forças com um regime de tratamento para tuberculose. Por ocasião da morte de Manno, Anita fazia serviço pesado, como empregada doméstica em Mirebalais. O fato de que Manno demonstrara uma surpreendente melhora em resposta a medicamentos contra a tuberculose (ou a alguma outra intervenção concorrente) parecia irrelevante na avaliação amplamente compartilhada do caso de Anita. A julgar pela total ausência de referências a Anita nas entrevistas sobre Sida no outono de 1987, as pessoas, de modo geral, entendiam que ela de fato não era vítima da nova doença.

Seis meses após o início do regime antituberculose, porém, Anita declinou celeremente. Sua patroa em Mirebalais mandou-a de volta a Do Kay. Anita referia-se a essa mulher com palavras amargas, afirmando que "eles te usam e quando acabam te jogam no lixo". Ela também achava que cometera um erro ao voltar "para o mesmo tipo de serviço que me adoeceu da primeira vez". No início de dezembro já não conseguia andar até a clínica de Do Kay: pesava menos de 41 quilos e sofria de diarréia intermitente. Convencidos de que ela de fato vinha tomando seus medicamentos, preocupamo-nos com a possibilidade de ser Aids, especialmente quando ela contou a história da doença de seu marido.[16]

A deterioração de seu estado abalou a fé de seu pai na clínica, assim como a dela própria, e os dois começaram a gastar quantias importantes em tratamentos com ervas. Como seu pai informaria mais tarde, "eu já tinha vendido um pequeno pedaço de terra para pagar os tratamentos. Estava gastando a torto e a direito, sem nenhum resultado". Como o tratamento para tuberculose era totalmente gratuito, ele, obviamente, vinha gastando seus recursos no setor popular. Mais tarde diria que havia consultado um sacerdote vodu, mas logo abandonara esse caminho por terem concordado em que sua filha dificilmente seria vítima de feitiçaria.

Ao final de 1987, muitos na aldeia passaram a acreditar que Anita estava com Sida, e dessa vez o rótulo pegou. A doença voltou a ser assunto freqüente nas conversas, superado apenas pela política nacional. A violência relacionada com as eleições de novembro de 1987 havia chocado os aldeões, levando muitos a observar que "as coisas simplesmente não podem continuar desse jeito". O desagradável curso dos eventos nacionais foi relacionado de várias maneiras com a continuação dos tempos de dureza para "o povo". O advento da Sida era apenas uma das manifestações dessas provações. Outra seria a volta profetizada dos grandes *tonton makout*, os membros das forças de segurança dos Duvalier que haviam fugido do Haiti depois de fevereiro de 1986. Várias pessoas comentavam em voz baixa que alguns dos *makout* mais cruéis, mesmo aqueles que, segundo os rumores, estariam mortos, voltavam com novas armas. Um aluno da escola secundária de Do Kay, então com 23 anos, informou-me que um dos mais notórios capangas de Duvalier estava voltando da América do Sul com "novos conhecimentos" lá adquiridos. De uma forma que revela não o cinismo do próprio informante, mas o do duvalierismo, o estudante prosseguiu:

> Dizem que ele foi [para a América do Sul] para estudar a ciência da bacteriologia. Ele aprendeu como criar micróbios e depois viajou para a América [do Norte] para estudar guerra bacteriológica... Eles agora são capazes de pôr micróbios na água de lugares que criem problemas. Eles podem 'desaparecer' com os jovens militantes e ao mesmo tempo atrair mais ajuda [internacional] para parar a epidemia.

1988: nova doença, velhos paradigmas

Um aumento, em Do Kay, da preocupação com a Sida se enquadra bem no inverno quase apocalíptico de 1987-88. Implantou-se uma ditadura militar, Manno morreu e Anita estava morrendo. Por que, de todas as aldeias da região, apenas Do Kay tinha gente doente de Sida?, perguntavam-se vários habitantes locais. Se de fato era uma nova doença, como muitos acreditavam, por que deveria atingir Do Kay primeiro? Alguns alertavam que as mortes misteriosas de duas pessoas em aldeias vizinhas podiam não ser devidas a tuberculose "mandada", como se suspeitara. Talvez tivessem morrido de Sida não diagnosticada. Outras perguntas eram feitas à boca pequena: era verdade que outros, como Dieudonné Gracia e Calhomme Viaud, também estavam com a doença? Ela era de fato causada por um micróbio, ou haveria alguém por trás de tudo?

Os boatos corriam. Alguns diziam que Acéphie, outra jovem aldeã que voltara de Port-au-Prince, contraíra a doença compartilhando suas roupas com Germaine, uma parente de outra aldeia do altiplano. Um sacerdote vodu de uma aldeia vizinha, dizia-se, assinara um contrato com uma fábrica dos Estados Unidos para carregar granadas de gás lacrimogêneo com *mó Sida*. Quem participasse de passeatas e se visse envolto em nuvens desse tipo de gás lacrimogêneo acabaria com um caso verdadeiro de Sida. Quem estava com tuberculose era aconselhado a não cruzar nenhuma trilha importante ou passar sob um poleiro de galinhas, senão sua doença poderia se "degenerar e virar Sida".

Paralelamente, observavam-se atividades dos trabalhadores em saúde da aldeia. Na reunião de janeiro de 1988 do comitê de saúde da aldeia, falou-se em iniciar um projeto muito necessário contra a tuberculose, um projeto que também incluiria uma parte de educação sobre HIV. Os trabalhadores em saúde da comunidade de Do Kay e das aldeias vizinhas fizeram ainda uma segunda conferência sobre Sida. Essas tentativas de ativismo, no entanto, acabaram atolando na pasmaceira de uma resignação amplamente compartilhada, que via a doença como uma assassina impiedosa contra a qual os "remédios dos médicos" pouco conforto podiam dar. Desanimados, médicos e enfermeiras pareciam achar que quaisquer afirmativas em contrário seriam vazias, que de fato não havia nada que pudessem fazer. O ambiente ficou sombrio, e todos fomos afetados.

A morte de Anita em meados de fevereiro coincidiu com um óbvio abafamento das discussões sobre desordens políticas. O que antes parecera uma rápida luta pela proeminência entre os temas políticos e a Sida, com aqueles eclipsando esta sempre que a situação política ficava 'quente', parecia-se mais, agora, com uma relação simbiótica entre ambos: quando a mordaça caíra, caíra para tudo; quando foi aplicada com força renovada, aqueles que tinham mais a perder simplesmente falavam menos. As discussões sobre a Sida iam rareando à medida que os aldeões, cada vez mais acovardados pelo clima de insegurança, paravam de discutir a política nacional.

Nos meses que se seguiram à morte de Anita, os comentário feitos pelos habitantes de Do Kay pareciam transmitir uma nova confiança e clareza. Havia amplo consenso de que ela morrera de Sida, mas as pessoas observavam que o aspecto exterior de sua doença fora diferente do caso de Manno. Aceitava-se quase universalmente a idéia de que a Sida era uma "doença mandada" (isto é, resultado de uma feitiçaria), mas, ainda assim,

poucos acreditavam que Anita tivesse sido vítima de bruxaria. Como uma das tias de Anita ponderou: "Não sabemos se eles mandaram uma morte de *Sida* [para o marido dela], mas sabemos que ela não teve uma morte mandada. Ela teve a doença no sangue, pegou dele". O insucesso de seu pai em sua busca por uma terapia mágica indicava a virulência de sua doença 'natural', não o poder de seus inimigos.

A tia de Anita refletia o ponto de vista de muitos em Do Kay que haviam entendido que uma pessoa pode contrair a Sida de duas maneiras: "pode-se pegá-la dormindo com uma pessoa que tenha Sida. Mesmo que a gente não veja que a pessoa está doente, ela, mesmo assim, tem a doença no sangue. Mandaram um *mò Sida* para ele; ela não estava em seu sangue". A prova de que Sida de Manno não fora "simples" era que sua mulher não ficou doente. "Se ela estivesse em seu sangue, sua mulher teria pegado, e ela não a pegou", observou uma das tias de Anita. "Ela fez um exame e ficou provado que não tem a doença".

Na fase final da doença de Anita, essas distinções entre os mecanismos causais que teriam operado nos dois casos tornou-se mais nítida e teve uma grande influência na representação coletiva da Sida, que então evoluía celeremente. Aos olhos da maioria dos entrevistados no início de 1988, a doença de Manno lhe fora mandada por um grupo de rivais. Anita contraíra a Sida por meio de contato sexual com uma pessoa que tinha a síndrome: ela não fora vítima de feitiçaria. De fato, esse teria sido um destino muito pouco provável para Anita Joseph. Como os aldeões não se cansavam de repetir, Anita perdera sua mãe, fugira de casa aos 14 anos e fora forçada a uma união sexual pela pobreza. Várias pessoas, inclusive o tio de Anita, acrescentavam que todos haviam sido vítimas da barragem em Páligre.

Dieudonné Gracia foi a terceira pessoa da aldeia a cair doente de Sida. Uma vez mais, muitas das características do caso foram vistas como compatíveis com o modelo nascente. Ele morara dois anos em Port-au-Prince, onde um parente lhe arrumara um emprego, misto de jardineiro e porteiro, de uma família de boa posição. Seu serviço fora abrir portões, tirar coisas pesadas dos carros e cuidar das plantas nas noites frescas de um dos bairros mais ricos da capital. A maioria dos aldeões via a doença subseqüente de Dieudonné como conseqüência de uma discussão com um empregado rival que o levara de volta a Do Kay em 1985. Dois informantes achavam que sua Sida era resultado de um veneno: um "pó" invisível colocado em seu caminho. Mas a maioria, incluindo sua família, chegou a

um consenso de que o caso de Dieudonné era outra "doença mandada", uma suspeita posteriormente confirmada por um sacerdote vodu consultado por Boss Yonèl, pai do jovem.

Apesar de Dieudonné ter ido à clínica para tratar de repetidos acessos de diarréia e perda de peso em 1986 e no início de 1987, seu primo, um trabalhador em saúde da comunidade, achava que sua doença se iniciara em agosto de 1987:

> Suas gengivas começaram a doer e sangrar com facilidade. Ele tossia e tinha uma diarréia que não parava; e febre; e vomitava. Foi aí que a doença começou, quando ele trabalhava em Savanette [uma aldeia vizinha]. Ele estava no caminho de casa, vindo de Savanette; foi à casa [de outro trabalhador em saúde da comunidade] e ele pensou que fosse gripe. Ele lhe deu remédios para gripe e eu cuidei dele quando chegou em casa. Ele melhorou.

Dieudonné de fato pareceu melhorar, o que pode explicar por que sua doença não foi atribuída à Sida mandada até por volta da morte de Anita, quando voltara a tossir e reclamar de falta de ar (*retoufman*). Em abril, seus suores noturnos levaram à suspeita de tuberculose, opinião compartilhada pelos médicos de outra clínica. Mas Boss Yonèl relutara em aceitar esse diagnóstico.

Durante a última semana de setembro de 1988, Boss Yonèl levou seu filho a Tonton Mèmè, um conhecido sacerdote vodu que vivia em uma aldeia vizinha. Mèmè diagnosticou Sida e declarou que ela fora mandada por "um homem que mora em Port-au-Prince, mas que veio de outro lugar". Isso foi visto como confirmação da leitura original da doença. Tonton Mèmè mais tarde explicou que a Sida "é tanto natural como sobrenatural, porque eles sabem como mandá-la e você também pode pegá-la de outra pessoa que tenha Sida". Falou também das proteções que poderia oferecer contra a doença, dos encantamentos que podem "proteger você contra qualquer tipo de doença que outra lhe mande".

Em uma entrevista pouco antes de sua morte, Dieudonné observou que a "Sida é uma doença da inveja". Quando lhe pedi que explicasse com mais detalhes o que queria dizer com essa observação, Dieudonné respondeu:

> O que eu vejo é que as pessoas pobres pegam com mais facilidade. Dizem que os ricos pegam Sida, mas eu não vejo isto. O que eu vejo é que pobre manda a doença para outro pobre. É como no exército, irmãos matando irmãos. O pequeno soldado (*ti solda*) é, na verdade,

> um de nós, gente do povo. Mas ele é obrigado a fazer o que o Estado manda e atira em seu próprio irmão quando eles gritam 'fogo!'. Talvez eles estejam finalmente começando a entender isso.

Dieudonné baseava seu otimismo no golpe de Estado de setembro de 1988, golpe que de início foi visto como uma 'liberação' de um regime sangrento, universalmente odiado à época, o ultimo de uma série de governos militares. De fato, muitos demonstravam um otimismo generalizado – ainda que indevido. Mas o humor de Dieudonné não era compatível com sua condição: sua diarréia e sua tosse haviam piorado; suas feridas abertas eram comparadas aos problemas dermatológicos de Manno.

Dieudonné morreu em outubro. Sua mãe me disse que havia sido alertada bem antes: "Uma mulher que conheço veio da clínica... Ela ficou sentada comigo e disse 'Ó! Veja como a morte está perto de você!' (*gade jan lamò a pre w!*). De modo que eu soube uma semana antes". Apesar de uma versão dissidente que afirmava que "a tuberculose o matou porque ficou muito tempo circulando em seu sangue", a maioria concordava com o primo de Dieudonné, que assim explicava a relação entre a tuberculose e a Sida mandada:

> A tuberculose e a Sida se parecem muito. Eles dizem que 'a tuberculose é o irmão caçula da Sida' porque você vê as duas juntas. Mas se for mesmo uma Sida mandada, então é ela [a Sida] que deixa a pessoa fraca e suscetível à tuberculose. Mesmo que se trate, ainda assim se vai morrer. A Sida é o irmão mais velho da tuberculose e não é fácil descobrir um tratamento para ela.

Uma década transcorreu desde a morte de Dieudonné. Os habitantes da aldeia ainda falam da Sida e ainda têm grande medo dela – assim como de muitos outros infortúnios.[17] Várias outras pessoas, também nativas da região, morreram de Sida desde então. Mas foi a experiência dos três indivíduos – Manno, Anita e Dieudonné –, descrita aqui, que informou o modelo cultural emergente da Sida. Com base nas declarações de gente como o primo de Dieudonné, bem como em entrevistas mais estruturadas, o entendimento da Aids compartilhado em 1989 nesta aldeia do Haiti pode ser resumido da seguinte maneira:

- a Sida é uma "doença nova";
- a Sida é fortemente associada a "infecções de pele", "ressecamento", "diarréia" e, especialmente, tuberculose;

- a Sida pode ocorrer, tanto "naturalmente" (*maladi bondjè*, "doença de Deus") como de forma "não natural". A Sida natural é causada por contato sexual com alguém que "carrega o germe". A Sida não natural é "mandada" por alguém que intencionalmente provoca a morte do aflito. O mecanismo da maldade é acionado pelo "envio" de um morto. Da mesma maneira, a tuberculose pode ser mandada;
- seja "doença de Deus" ou "mandada", a Sida pode ser causada por micróbio;
- a Sida pode ser transmitida por contato com sangue contaminado, ou "sujo", mas as primeiras associações com o homossexualismo e a transfusão raramente são mencionadas.

O termo 'Sida' reverbera associações com o contexto político-econômico maior, com o imperialismo norte-americano, com a falta de solidariedade entre os pobres e com a corrupção da elite governante do Haiti.

Para muitos dos habitantes de Do Kay, portanto, existem duas entidades correlatas mas distintas: a Sida doença infecciosa e a Sida provocada por feitiçaria. Podem-se adotar medidas preventivas contra ambas individualmente. As camisinhas são úteis na prevenção da primeira, mas de nada adiantam contra a segunda. Há uma crença generalizada de que certos amuletos (*gad e arèt*) oferecem alguma proteção contra a Sida provocada por feitiçaria, mas as pessoas não têm certeza quanto à proteção dos amuletos em caso de eventual exposição à Sida doença infecciosa.

Resta saber se essa incerteza dará vez a consenso ou não, mas a rapidez da mudança nos entendimentos locais sobre a Sida parece ser coisa do passado. Ainda que os significados atuais venham a ser contestados e mudem, os pontos que acabamos de relacionar resumem um modelo cultural, no sentido de que um alto nível de consenso a respeito da natureza da doença já evoluiu entre os aldeões. E ainda que encontremos uma significativa 'variação superficial' em modelos extraídos de indivíduos, mesmo essas versões discrepantes parecem ser geradas por um esquema que compreende esses pontos (Garro, 1988). Na ausência de uma experiência dramática de grupo, o consenso coletivo tende a ser mais estável e a mudar mais lentamente que os modelos individuais, estes freqüentemente mais vulneráveis a discussões e sujeitos a rápida revisão.

Aids e o Estudo das Representações de Doenças

Ao rastrearmos o surgimento da Sida como representação coletiva, iluminamos nosso entendimento sobre a Aids no Haiti rural. Recordemos que em 1984, quando a Sida era uma "doença da cidade", os comentários mais freqüentes sobre ela referiam-se à novidade da doença, à sua relação com diarréia e à sua associação com o homossexualismo. A ausência de casos dessa doença torna questionável a própria noção de um modelo cultural nessa época. Em outubro de 1988, porém, havia muitas histórias a contar. O caso de Manno continuava sendo o protótipo – o padrão contra o qual outras doenças poderiam ser julgadas. Quando dois outros habitantes da aldeia sucumbiram à Sida, suas doenças – ainda que, por diversas formas, bem diferentes da de Manno –, confirmaram muitos dos entendimentos dessa época, que se havia tentado elaborar em 1987.

Conquanto muitas das idéias e associações fossem de fato novas, fica claro que a Sida – tanto a palavra como a síndrome – inseriu-se em uma série de idéias distintamente haitianas sobre doença. Essa 'adoção' de uma nova categoria de doença em uma estrutura interpretativa anterior está bem documentada na literatura da antropologia médica. "À medida que passam a ser conhecidos na sociedade", observa Byron Good, "novos termos médicos encontram caminhos que os levam às redes semânticas existentes. Assim, ainda que novos modelos explicativos possam ser introduzidos, fica claro que a racionalidade médica raramente se segue com rapidez" (Good, 1977:54).

A linguagem causal usada em referência à Sida é similar em muitos aspectos àquela empregada para falar de tuberculose. Por exemplo, a nova doença ficou ligada a outras doenças que podem ser causadas por magia. Assim como é possível "mandar uma morte por tuberculose" (*voye yon mó pwatrinè*), pode-se também mandar uma morte de Aids.

A relação dessas idéias com o vodu não está clara. Certamente, alguns de meus informantes prontamente atribuem ambas as idéias e a prática da feitiçaria ao vodu. Mas a maioria dos entrevistados não fez essas distinções maniqueístas. Em vez de adesão a um 'sistema de crenças' organizadamente definido, encontramos uma aceitação quase universal da possibilidade de 'mandarem-se doenças'. Isso foi tão verdadeiro entre os que protestavam violentamente contra o vodu como entre os freqüentadores regulares do templo de Tonton Mèmè. Em outras palavras,

o envio de um morto é um modelo mais propriamente 'rural haitiano' de provocação de doença do que um modelo que influencia um grupo particular de haitianos rurais.

É na literatura acadêmica sobre vodu, no entanto, que lemos sobre essa maneira de causar doenças. Métraux refere-se ao "envio de morto" como "a mais temida das práticas das artes negras" e descreve os entendimentos haitianos de *expédition* [expedição]:

> Qualquer um que se torne presa de uma ou mais pessoas mortas enviadas contra ele começa a emagrecer, a cuspir sangue e logo morre. Esta maldição tem sempre resultados fatais, a menos que seja diagnosticado a tempo e que um hungan capaz consiga fazer que o morto o solte. (Métraux, 1972:274)

No Haiti, uma doença fatal capaz de fazer com que uma pessoa 'emagreça, cuspa sangue' é tuberculose – até prova em contrário. Antigamente conhecida como 'doença da casinha', em referência aos alojamentos separados onde ficavam os doentes, a tuberculose continua sendo a principal *causa mortis* entre a população rural adulta. É muito temida. Mesmo que alguns afirmem que praticamente qualquer doença pode ser mandada, os habitantes de Do Kay e das aldeias próximas concordam em que um *mó pwatrinè* (alguém que morreu de tuberculose) é o que mais comumente se despacha. Em pesquisas referentes à tuberculose realizadas antes do advento da Aids, poucos informantes afirmaram que apenas um *mó pwatrinè* podia ser mandado. Esses mesmos informantes, entrevistados em 1988, concordaram, todos, que havia uma nova morte 'despachável' a temer.

Esses dois principais esquemas causais – feitiçaria e a teoria do germe – são entrelaçados de forma elaborada e sujeita a revisão. Por exemplo, uma pessoa que em geral se acreditava fosse vítima de um *mó pwatrinè* foi considerada como portadora de tuberculose "simples" depois que a terapia antituberculosa levou-a a uma dramática recuperação. A introdução de um programa antituberculose eficaz parece ter levado a um sem-número de tais reclassificações, ainda que muitas pessoas continuem a associar tuberculose a feitiçaria. Há discussões sobre se os remédios seriam eficazes contra tuberculose "mandada". Como afirmou um tuberculoso: "Se tiverem mandado um *mó pwatrinè* contra mim, os remédios não serão capazes de tocá-lo". No caso da Sida, inversamente, alguns acreditam que a variante "mandada" é a forma menos virulenta da doença, já que pelo menos é possível uma intervenção mágica. A forma "natural" é universalmente fatal.

O termo 'Sida' tornou-se, também, parte proeminente do discurso cotidiano sobre infortúnio. Foi tema de várias canções populares em todo o país, sendo que todas elas tendem a afirmar associações que são importantes para o modelo cultural haitiano da Aids. Esse discurso revela a rede semântica em que o termo se insere – uma rede que veio a incluir associações tão diversas como o sofrimento interminável do povo haitiano, punição divina, corrupção da classe governante, e os males do imperialismo norte-americano.

Mudanças na retórica da reclamação ganharam destaque durante o tumulto político que cercou o colapso da ditadura Duvalier. Por exemplo, quando o governo militar organizou um fórum cuidadosamente policiado sobre a mecânica das eleições gerenciadas pelo Exército, a reunião foi geralmente chamada de 'Fórum Sida' – trocadilho com o nome oficial do evento, Fórum CEDHA, sigla que designava o aparato eleitoral proposto pelo Exército. Teorias de conspiração, especialmente aquelas que ligavam a Aids a maquinações da "América" racista, ainda têm destaque. Embora tais expressões tenham emanado de Port-au-Prince, em dado momento tiveram um efeito maior que os próprios vírus na elaboração das realidades das doenças rurais. Algumas regiões rurais não registraram até hoje nenhum caso de Sida. Minhas viagens pelo norte e pelo sul do Haiti sugerem que, ainda assim, os habitantes dessas regiões estão familiarizados com essas expressões.

Como doença causada por feitiçaria, a Sida assume a posição de uma insatisfação localizada, mais que de grande escala. Diversos aldeões referiram-se à Sida como uma "doença da inveja", uma doença que acomete uma pessoa pobre enviada por outra ainda mais pobre. Assim, a doença passou a conotar a incapacidade dos pobres do Haiti em desenvolver uma solidariedade de classe duradoura. Tais observações freqüentemente serviram de seqüência nas histórias de doenças contadas em Do Kay, como na ocasião em que Dieudonné encerrou uma conversa com um profundo suspiro e a profecia de que "o Haiti nunca mudará enquanto pobres continuarem mandando doenças a outros pobres". Essas associações são também importantes em outras partes do Haiti. O Carnaval que precede a Páscoa foi prejudicado, em 1988, por uma boato generalizado de que um grupo de pessoas planejava espalhar a Sida inoculando os foliões com soro infectado com HIV. Alguns habitantes urbanos observaram que as pessoas fizeram tais planos deviam ser "pobres querendo fazer mal a seus próprios irmãos e irmãs".

Podemos delinear diversos fatores importantes na elaboração dessa representação da doença. O mais importante, claro, foi o advento da própria doença, com o sofrimento e a dor que ela introduz nas vidas dos indivíduos atingidos e de suas famílias. A estréia da Sida em Do Kay levou os habitantes a se importarem com a Aids, a terem urgente necessidade de meios de falar entre eles mesmos sobre uma nova aflição. Em seguida, a doença de Manno serviu como caso prototípico, o que significou que, mesmo que a apresentação e o curso dos casos posteriores fossem muito diferentes, eles não alteraram prontamente as idéias sobre a etiologia, a sintomatologia e a experiência da Sida.

Quando a aflição de Manno fez com que a Sida passasse a importar para as pessoas de Do Kay, que 'princípios organizadores' usaram eles para fazer sentido de uma nova espécie de sofrimento? O enxame de informações que se seguiu à chegada da Aids no Haiti foi importante. Cartazes, letreiros e camisetas proclamavam que a Aids era uma ameaça. Mas foi o rádio que assegurou que a população, em grande parte analfabeta, tivesse uma certa exposição aos entendimentos biomédicos da síndrome, conformando pelo menos o contorno de um modelo cultural emergente da Aids. Ainda que não tenha estimulado imediatamente um forte interesse pela doença no Haiti rural, o rádio parece ter fornecido vagas malhas de associações com o homossexualismo, com as transfusões de sangue, com a "América" – com base nas quais os aldeões verdadeiramente interessados puderam avaliar as doenças de seus consociados. A esse respeito, os esforços de uma clínica local por divulgar informações sobre a Aids – em igrejas, nas reuniões do conselho comunitário e em conferências dos trabalhadores da área da saúde, aplicadores de injeções e parteiras – complementaram a mídia nacional.

Essas fontes de informações parecem bem menos significativas, contudo, que as três estruturas de sentido preexistentes, nas quais a Sida se encaixou tão bem. O paradigma do sangue – que propõe elos causais entre o campo social e alterações na qualidade, na consistência e na natureza do sangue – foi invocado de início, antes que a virulência da Sida se tornasse clara. Todas as doenças do sangue são consideradas perigosas e exigem intervenção, mas raramente são refratárias a tratamento, ao contrário da nova doença. A Sida também lembrava a tuberculose de muitas formas. Todos os três habitantes de Do Kay que caíram doentes com Sida eventualmente desenvolveram tuberculose ativa, como ocorre com a maioria dos haitianos com vírus HIV. Além disso, as pessoas logo aprenderam que a

nova doença era bem mais séria que "sangue ruim". Ela provocou medo significativo: não apenas desfigurava, como também era crônica, minando as forças do corpo ao longo de meses ou anos. Diante de certas similaridades na manifestação, não é de surpreender que os paradigmas da tuberculose tenham sido invocados em referência à Sida. Essa estrutura conceitual de longa data compreende elaborados entendimentos de causalidade (mais notavelmente por meio da feitiçaria, da adivinhação e do tratamento). Finalmente, o paradigma do micróbio, que tem a benção oficial dos representantes locais da medicina cosmopolita, resiste há muito junto com outras estruturas explicativas. Em todo o Haiti rural ele é amplamente aceito com restrições.

Essas três estruturas – nas quais estão inseridos entendimentos de sangue, tuberculose e micróbios – foram elaboradas em um 'paradigma mestre' que liga a doença a preocupações morais e às relações sociais. Escrevendo a respeito da América do Norte, Taussig (1980:7) observa que "em nossa sociedade, por trás de toda teoria reificada de doença, há um reino de organização de preocupações morais à espreita". Isso não é menos verdade na área de Do Kay, onde a Sida veio a representar uma "doença da inveja" e uma doença dos pobres – leitura moral das origens de seu sofrimento feita pelas vítimas.

A antropologia médica tem, em geral, seguido sua disciplina-mãe no estudo das representações de doença em contextos culturais, políticos e históricos. Está claro que, quando a doença considerada é uma doença nova, nossa etnografia tem de estar alerta não apenas para a importância da mudança, como também para sua responsabilidade perante a história e a economia política (Moore, 1987). A Aids, uma doença que se "move ao longo das linhas de clivagem da sociedade", [18] não exige menos.

Tal mandato, contudo, não representa uma licença para fazer-se pouco da experiência vivida pelos aflitos. Na verdade, observando de perto os entendimentos dos doentes e de suas famílias, somos levados precisamente a essa conclusão. Tenho em mente as palavras de Manno, que disse, a respeito dessa doença: "Eles me dizem que não há cura. Mas não tenho certeza disso. Se você conseguir encontrar a causa, conseguirá encontrar uma cura". A busca de Manno por uma causa era uma busca dos inimigos que o haviam enfeitiçado, e era orientada por uma avaliação de suas relações com as pessoas à sua volta. Quem tinha inveja de seu relativo sucesso na aldeia?

Anita, ainda mais jovem que Manno e natural da aldeia, não foi vítima de feitiçaria. Ao contrário das teorias etiológicas propugnadas por Manno e sua família, Anita achava que tinha "pegado a doença de um homem na cidade". O restante de sua análise era mais sociológico, no entanto, na medida em que ela acrescentava que o motivo pelo qual, ainda tão jovem, tivera um amante fora "porque eu não tinha mãe". Após a morte de sua mãe, explicou ela, a pobreza de sua família se agravara e ela achara que a única forma de evitar a fome seria deixar a aldeia e ir para a cidade.

Anita era igualmente insistente a respeito da causa da pobreza de sua família. "Meus pais perderam suas terras para a água", disse ela, "e isto foi o que fez que ficassem pobres". Se não houvesse barragem, insistia Anita, sua mãe não teria adoecido e morrido; se sua mãe tivesse vivido, ela jamais teria ido para a cidade; se não tivesse ido para Port-au-Prince, jamais teria pegado Sida de "um homem da cidade".

Nem a barragem, nem a epidemia de Aids teriam sido o que são no Haiti se não fossem apanhadas em uma rede de relações que são tanto políticas e econômicas como sexuais. Dieudonné enfatizou esse ponto em diversas ocasiões. Como Manno, ele fora vítima de feitiçaria; como Anita, tendia a colocar as coisas em termos sociológicos. Dieudonné expressou o que tem sido chamado 'teorias da conspiração' a respeito das origens da Aids. Em mais de uma ocasião ele ponderou se a Sida não teria sido "mandada ao Haiti pelos Estados Unidos. Por isso é que eles tiveram tanta pressa em dizer que os haitianos davam Sida [ao mundo]". Quando perguntado sobre por que os Estados Unidos desejariam uma pestilência aos haitianos, Dieudonné tinha uma resposta pronta: "Eles dizem que tem muito haitiano lá, agora. Eles precisam de nós para trabalhar para eles, mas agora tem demais lá". Uma história do envolvimento do Haiti nessa rede internacional deveria informar qualquer entendimento da Sida como "doença mandada". A disseminação do HIV através das fronteiras nacionais ocorreu durante nossas vidas, mas as condições que favoreceram a rápida propagação internacional de uma doença predominantemente transmitida sexualmente foram há muito estabelecidas, o que aumenta ainda mais a necessidade de historicizar qualquer entendimento dessa pandemia.

Notas

[1] Vários conceitos aqui utilizados – modelo cultural, modelo prototípico, rede semântica, construções sociais e assim por diante – foram usados de forma diferente na antropologia médica. Este texto é informado pela crítica de uma teoria empírica da linguagem apresentada por paradigmas interpretativos (como Good & Good, 1982, por exemplo) e também pelo trabalho em antropologia cognitiva que começou a desviar sua atenção das propriedades formais dos modelos de doença para sua relação com o discurso natural e, por conseguinte, com as características de contexto e desempenho (ver, por exemplo, Price, 1987). Um enfoque em experiências vividas é crucial para esta visão, mesmo em um estudo sobre a emergência de uma representação coletiva (para uma defesa de peso desta posição, ver Kleinman & Kleinman, 1989). Podemos agora avançar fundindo esses grupos de preocupações com as responsabilidades perante a história e a economia política. Um importante conceito ponte pode ser o modelo cultural – uma idéia formalizada por antropólogos cognitivos que procuravam mostrar como "os modelos culturais enquadram a experiência, fornecendo interpretações sobre ela e inferências a seu respeito, e metas de ação" (Quinn & Holland, 1987:6). No entanto, como bem o demonstra o caso das doenças relacionadas com o HIV, os modelos culturais e as teorias a respeito deles precisam da constante correção do próprio contexto nosológico e social (Farmer & Good, 1991).

[2] Esta etnografia processual dos cambiantes entendimentos da Aids em Do Kay baseia-se em um vasto corpo de entrevistas, a maioria das quais não é citada aqui apesar de informarem, todas, meu entendimento da significância dos comentários que foram citados. Esse projeto mais amplo foi iniciado em 1983. Pelo menos uma vez durante cada um dos seis anos subseqüentes, entrevistei os mesmos 20 habitantes da aldeia a respeito de tuberculose e de Aids. A maior parte dessas conversas foi gravada em fitas (em 1988, um assistente de pesquisa me substituiu em entrevistas com sete dos informantes). Durante três desses anos, discutiu-se também uma terceira doença (*move san*). As conversas gravadas foram iniciadas por mim e tiveram lugar em uma diversidade de ambientes, mais freqüentemente nas casas dos informantes. Dos 20 adultos, dois morreram e um deixou Do Kay. As entrevistas eram abertas e geralmente concentravam-se em histórias de doenças específicas. Discutimos sempre, para cada uma das três doenças, os seguintes tópicos: principais características (inclusive as manifestações típicas, as causas, o curso, os entendimentos da patogênese quando relevante), intervenções terapêuticas apropriadas, relações com outras doenças comuns na região e questões de risco e vulnerabilidade. Além dessas entrevistas, a pesquisa envolveu longas conversas com todos os habitantes da aldeia que sofriam de tuberculose e de Aids e com a maioria dos que tinham *move san*. Também entrevistei parentes das vítimas e outros atores-chave dos eventos aqui descritos. Esses dados qualitativos foram complementados por informações de várias pesquisas estruturadas e de um censo anual realizado por mim e outros participantes do projeto Veye Sante. E, claro, testemunhei pessoalmente as mudanças aqui descritas, tendo passado, desde maio de 1983, uma média de seis meses por ano em Do Kay.

[3] Para uma discussão das mudanças políticas durante esse período, ver Farmer (1994).

[4] A reação anti-haitianos pôde ser sentida com igual força em Nova Iorque, Miami, Boston, Montreal e em outras cidades norte-americanas onde grandes números de

haitianos vivem hoje. Ver Farmer (1990) e Sabatier (1988) para uma revisão da discriminação contra haitianos relacionada com Aids.

[5] Três dos cinco que jamais tinham ouvido o termo eram homens que "nunca iam a Port-au-Prince". Esse tipo caseiro de pessoas é raro no Planalto Central, cujos habitantes costumam ter grande envolvimento na comercialização da produção.

[6] No Haiti, as feirantes são conhecidas por terem informações sempre atualizadas. Suas "freqüentes viagens às cidades vizinhas e a Port-au-Prince fazem com que tomem conhecimento de tudo – não apenas da alta e da queda de preços, mas também de eventos nacionais, tanto os genuínos como os falsos rumores que se espalham pelos mercados" (Bastien, 1985:128). Tradução para o português baseada em versão do autor para o inglês.

[7] Deve-se observar, contudo, que a crença geral era que Ti Malou tinha *move san*, uma doença comum que é tratada com remédios feitos de ervas, não com transfusões (Farmer, 1988).

[8] Para mais informações sobre *move san*, ver Farmer (1988).

[9] Para mais informações sobre o paradigma do sangue, ver também Farmer (1988) e Laguerre (1987).

[10] Tais comentários não deixam de ter algum fundo de verdade. Ferguson (1987) e Hagen (1982) documentam o papel do duvalierista Luckner Cambronne no comércio de sangue haitiano, usado em experiências médicas em virtude de seu soro rico em anticorpos. Assim, os desafios antigênicos da vida cotidiana no Haiti veio a se tornar fonte de riqueza – mas não para os doadores de sangue, que recebiam uma ninharia.

[11] Ver Gaines & Farmer (1986) para uma discussão sobre a retórica da reclamação e sua relevância nas representações de doenças. Há muito que se observa que os haitianos têm idéias complicadas, multifatoriais sobre as causas das doenças. Um vasto corpo de literatura etnográfica mostra que os haitianos rurais freqüentemente mantêm estruturas explicativas que contemplam tanto causas 'naturalísticas' como linhas de causalidade dominadas pela agência humana. Nele destaca-se o estudo de Coreil (1980) sobre uma epidemia de antraz nas áreas rurais do Haiti.

[12] Para uma discussão dos praticantes de cuidados da saúde no Haiti rural, ver Coreil (1983) e Laguerre (1987).

[13] Como observa Sabatier (1988:42), "os espanhóis referiam-se à sífilis como 'a doença de Hispaniola', acreditando que ela viera do que hoje é o Haiti no regresso de Colombo de sua viagem às Américas".

[14] O advento da Aids nesta aldeia é descrito com mais detalhes em Farmer (1992).

[15] Usa-se também o termo 'expedição' para descrever esse processo, que exige os serviços de um houngan, ou sacerdote vodu. Ao traduzir o termo '*voye yon mò Sida*', usei a expressão menos precisa 'mandar uma morte de Sida' em vez da mais desajeitada 'mandar uma pessoa morta que tenha morrido de Sida'.

[16] História contada com mais detalhes em Farmer & Kleinman (1989).

[17] A situação não parece ter-se alterado totalmente. Pesquisa etnográfica realizada há algumas décadas levou Métraux (1972:269) a observar que "na vida cotidiana, a ameaça de amuletos, feitiçarias e encantamentos não passa de mais uma preocupação a juntar-se à seca e aos preços do café e das bananas. A mágica, pelo menos, é um mal

contra o qual os homens não são totalmente impotentes". Hurbon (1987:260) apresenta um *insight* similar quando observa que "os encantamentos são parte da luta de todo dia em um mundo já repleto de armadilhas" [tradução para o português baseada na versão do autor para o inglês].

[18] Essa expressão é tomada de empréstimo a Bateson & Goldsby (1988). Uma imagem similar foi usada por Lindenbaum em seu clássico estudo sobre feitiçaria e o advento de kuru, outra doença infecciosa nova, na região rural de Papua Nova Guiné: "Uma geografia do medo acompanha relações desiguais" (Lindenbaum, 1979:146).

Referências bibliográficas

BASTIEN, R. *Le Paysan Haitien et sa Famille: Vallée de Marbial*. Paris, Karthala, 1985. [1.ed. 1951]

BATESON, M. C. & GOLDSBY, R. *Thinking Aids: the social response to the biological threat*. Reading, MA: Addison-Wesley, 1988.

CENTERS FOR DISEASE CONTROL AND PREVENTION. Opportunistic infections and Kaposi's sarcoma among Haitians in the United States. *Morbidity and Mortality Weekly Report*, 31(14):353-354, 360-361, 1982.

COREIL, J. Traditional and Western responses to an anthrax epidemic in rural Haiti. *Medical Anthropology*; 4(4):79-105, 1980.

COREIL, J. Parallel structures in professional folk health care: a model applied to rural Haiti. *Culture, Medicine, and Psychiatry*, 7(2):131-151, 1983.

FARMER, P. E. Bad blood, spoiled milk: bodly fluids as moral barometers in rural Haiti. *American Ethnologist*, 15 (1):131-151, 1988.

FARMER, P. E. Aids and accusation: Haiti, Haitians, and the geography of blame. In: FELDMAN, D. (Ed.) *Aids and Culture: the human factor*. New York: Praeger, 1990. p.67-91.

FARMER, P. E. *Aids and Accusation: Haiti, Haitians, and the geography of blame.* Berkeley: University of California Press, 1992.

FARMER, P. E. *The Uses of Haiti.* Monroe, ME: Common Courage Press, 1994.

FARMER, P. E. & GOOD, B. J. Illness representations in medical anthropology: a critical reviewand a case study of the representation of Aids in Haiti. In: SKELTON, J. A. & CROYLE, R.T. (Eds.) *Mental Representation in Health and Illness*. New York: Springer Verlag, 1991. p.132-162.

FARMER, P. E. & KLEINMAN, A. Aids as human suffering. *Dædalus*, 118(2):135-160, 1989.

FERGUSON, J. *Papa Doc, Baby Doc: Haiti and the Duvaliers.* Oxford: Basil Blackwell, 1987.

GAINES, A. & FARMER, P. E. Visible saints: social cynosures and dysphoria in the Mediterranean tradition. *Culture, Medicine and Psychiatry*, 11(4):295-330, 1986.

GARRO, L. Explaining high blood pressure: variation in knowledge about knowledge. *American Ethnologist*, 15(1):98-119, 1988.

GOOD, B. The heart of what's the matter: the semantics of illness in Iran. *Culture, Medicine, and Psychiatry*, 1(1):25-58, 1977.

GOOD, B. & GOOD, M. J. D. Toward a meaning-centered analysis of popular illness categories: 'fright illness' and 'heart distress' in Iran. In: MARSELLA, A. J. & WHITE, G. M. (Eds.) *Cultural Conceptions of Mental Health and Therapy*. Boston: Reidel, 1982. p.141-166.

HAGEN, P. *Blood: gift or merchandise?* New York: Alan R. Liss, 1982.

HURBON, L. If more widely used, DOTS could strike powerful blow against TB. *Le Barbare Imaginaire*. Port-au-Prince: Éditions Henri Deschamps, 1987.

KLEINMAN, A. & KLEINMAN, J. Suffering and its professional transformation: toward an ethnography of experience. FIRST CONFERENCE OF THE SOCIETY FOR PSYCHOLOGICAL ANTHROPOLOGY, 6-8 October 1989, San Diego, CA.

LAGUERRE, M. *Urban Life in the Caribbean*. Cambridge, MA: Schenkman, 1987.

LINDENBAUM, S. *Kuru Sorcery: disease and danger in the New Guinea highlands*. Pal Alto, CA: Mayfield, 1979.

MÉTRAUX, A. *Haitian Voodoo*. H. Charteris (trad.). New York: Schocken, 1972. [1.ed. 1959]

MOORE, S. F. Explaining the present: theoretical dilemmas in processual ethnography. *American Ethnologist*, 14(4):123-132, 1987.

NACHMAN, S. & DREYFUSS, G. Haitians and Aids in South Florida. *Medical Anthropology Quarterly*, 17(2):32-33, 1986.

PRICE, L. Ecuadorian illness stories: cultural knowledge in natural discourse. In: HOLLAND, D. & QUINN, N. (Eds.) *Cultural Models in Language and Thought*. Cambridge: Cambridge University Press, 1987.

QUINN, N. & HOLLAND, D. Culture and cognition. In: HOLLAND, D. & QUINN, N. (Eds.) *Cultural Models in Language and Thought*. Cambridge: Cambridge University Press, 1987.

SABATIER, R. *Blaming Others: prejudice, race, and worldwide Aids*. Philadelphia: New Society Publishers, 1988.

TAUSSIG, M. Reification and the consciousness of the patient. *Social Science and Medicine*, 148(1):3-13, 1980.

WEIDMAN, H. *Miami Health Ecology Project Report: a statement on ethnicity and health*. Miami: University of Miami, 1978.